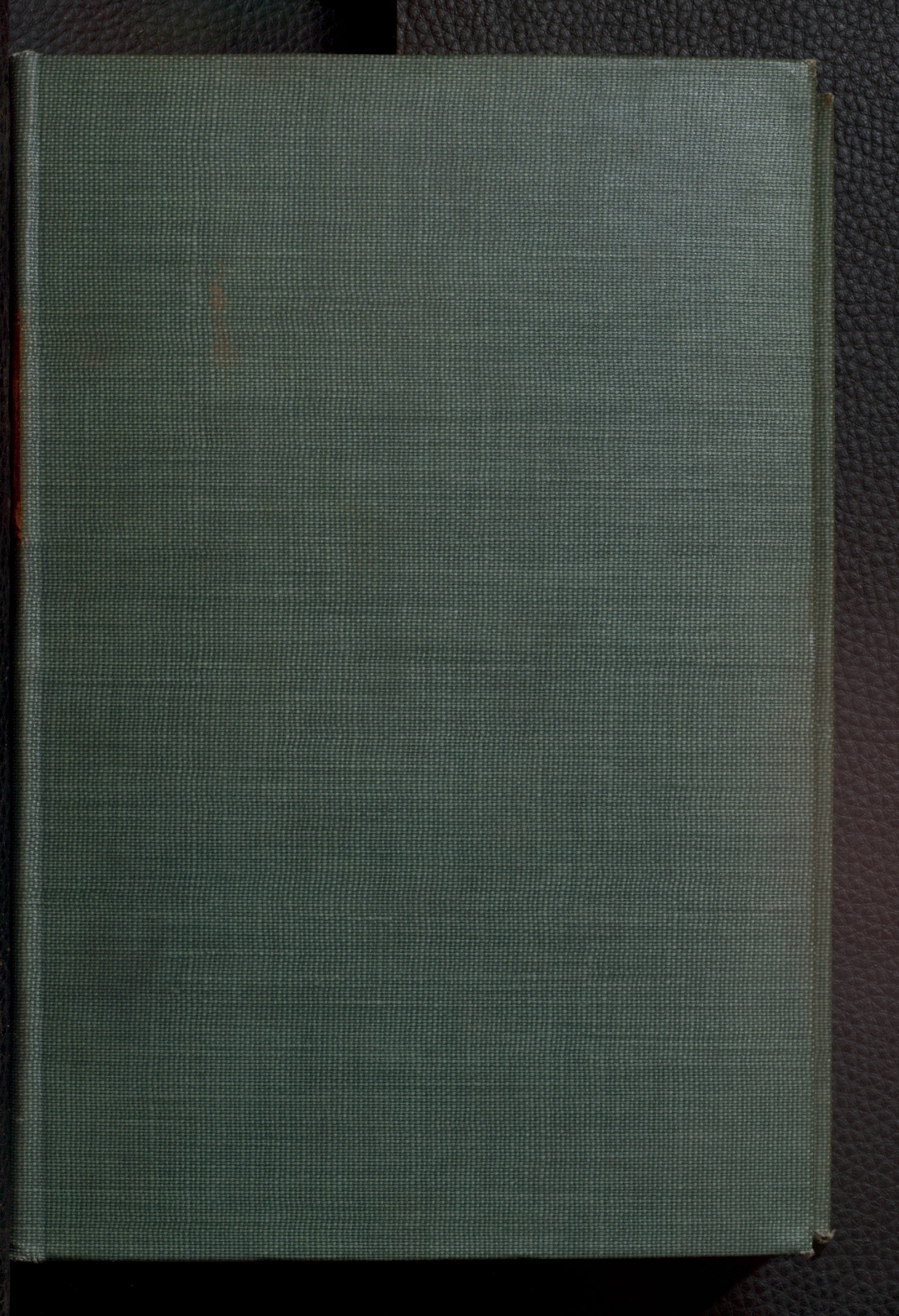
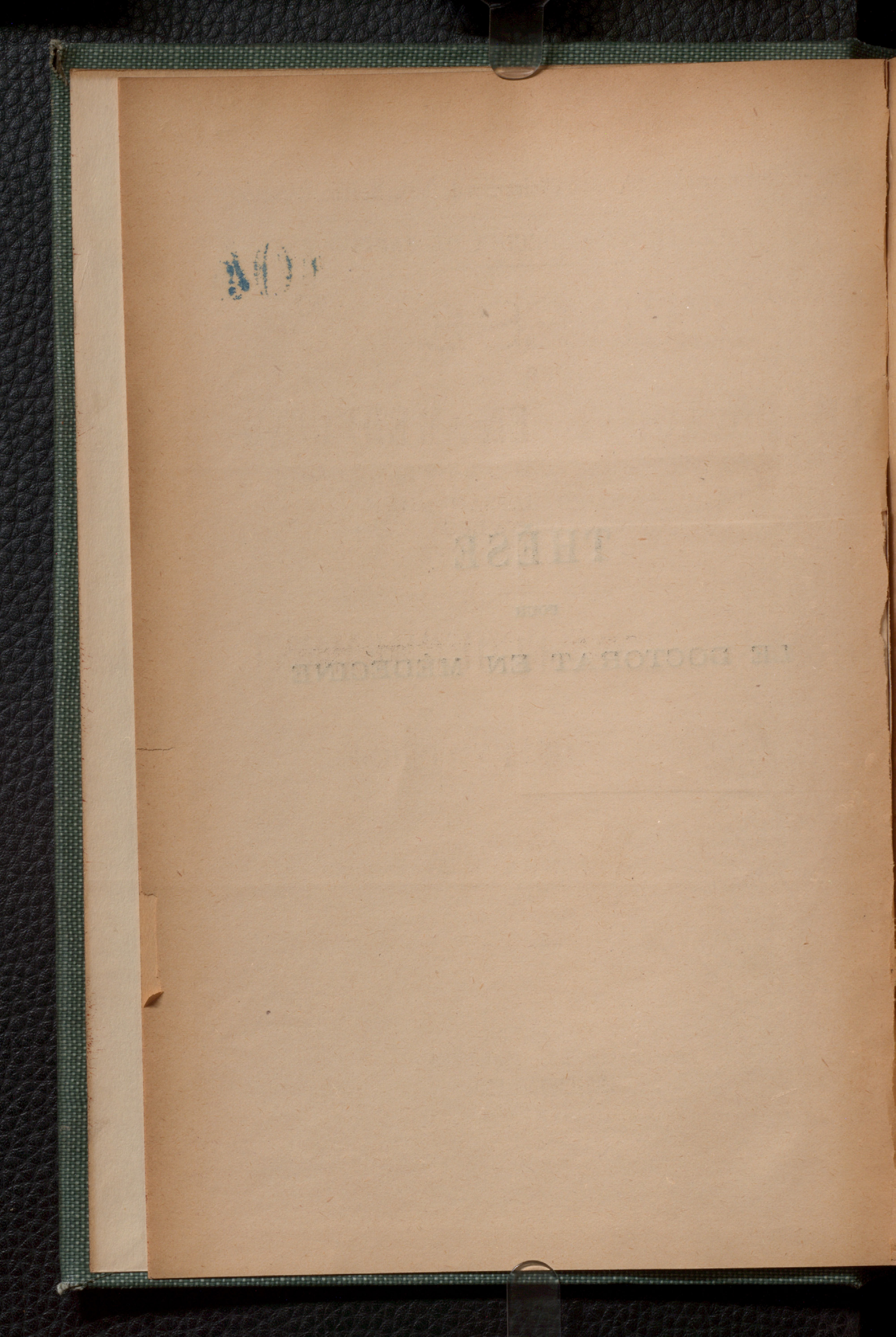



FACULTAS MEDICINÆ UNIVERSITATIS COLLEGII McGILL
MONTE REGIO
Grandescunt Aucta Labore
In Domino Confido

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Thèse présentée pour le Doctorat de l'Université de Paris : Mention : Médecine

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS



Année 1908 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue mercredi 23 décembre 1908, à 1 heure

Par MOHAMMED HASSAN KHAN
HAKIM-ED-DOWLEH

Ancien externe des Hôpitaux de Paris
Médaille de bronze de l'Assistance Publique

GROSSESSE, ACCOUCHEMENT

ET

PUÉRICULTURE EN PERSE

Président : M. PINARD, *professeur.*

Juges : MM. KIRMISSON et GAUCHER, *professeurs*
LŒPER, *agrégé.*

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

10, Rue de Vaugirard, 10 *(près l'Odéon)*

(Anciennement : 26, rue Monsieur-le-Prince)

1908

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	BRISSAUD.
	DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	PIERRE MARIE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	N***.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	G. BALLET
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM.
	DIEULAFOY
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	N***.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU.
	QUENU.
	RECLUS.
	SEGOND.
Clinique opthalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	PINARD.
	BAR.
	RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.
AUVRAY
BALTHAZARD
BRANCA
BESANÇON (FERN.)
BRINDEAU
BROCA (ANDRÉ)
BRUMPT
CARNOT
CASTAIGNE
CLAUDE
COUVELAIRE
CUNÉO
DEMELIN
DESGREZ
DUVAL (PIERRE)
GOSSET
GOUGET
JEANNIN
JEANSELME
JOUSSET (ANDRÉ)
LABBÉ (MARCEL)
LANGLOIS
LAUNOIS
LECENE
LEGRY
LENORMANT
LŒPER
MACAIGNE
MAILLARD
MARION
MORESTIN
MULON
NICLOUX
NOBÉCOURT
OMBREDANNE
POTOCKI
PROUST
RENON
RICHAUD
RIEFFEL
SICARD
ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A SA MAJESTÉ IMPÉRIALE

MOHAMMED-ALI SCHAH

A MON PÈRE

LE DOCTEUR LOGHMAN-OL-MAMALEK

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
MÉDECIN EN CHEF DE S. M. I. LE SCHAH

Bien faible témoignage de ma très profonde affection et de mon entière reconnaissance.

A MON ONCLE

LE DOCTEUR FAKHROL-ATEBBA

En témoignage de ma sincère affection.

A MES FRÈRES

LE DOCTEUR HUSSEIN-KHAN LOGHMAN-ED-DOWLEH

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
MÉDECIN DE S. A. I. LE PRINCE HÉRITIER
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE DE FRANCE

LE DOCTEUR MIRZA ABBAS-KHAN ALAMOL-MOLK

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX

Mes compagnons d'études.

A MON FRÈRE

MIRZA SALEH KHAN

Qui vient de commencer ses études
à l'Université de Paris

A MON COUSIN

MIRZA SAÏD-KHAN

EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

A MA FAMILLE

A MES AMIS DE LA PERSE
ET DE LA FRANCE

A SON EXCELLENCE

SAMAD-KHAN-MOMTAZ-ES-SALTANEH

ENVOYÉ EXTRAORDINAIRE ET MINISTRE PLÉNIPOTENTIAIRE
DE S. M. I. LE SCHAH A PARIS
PREMIER DÉLÉGUÉ DU GOUVERNEMENT IMPÉRIAL DE PERSE
A LA DEUXIÈME CONFÉRENCE INTERNATIONALE DE LA HAYE
GRAND-OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A SON EXCELLENCE

LE GÉNÉRAL NAZARE-AGA
YÉMIN-ES-SALTANEH

ANCIEN MINISTRE PLÉNIPOTENTIAIRE DE PERSE EN FRANCE
GRAND-OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Année 1902-1903

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ C. WALTHER

CHIRURGIEN DE LA PITIÉ

MONSIEUR LE DOCTEUR J. BELIN

MÉDECIN DES HÔPITAUX DE PARIS

(*Beaujon*, 1903)

Année 1903-1904

MONSIEUR LE DOCTEUR ANDRÉ PETIT

MÉDECIN DE L'HÔTEL-DIEU

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ L. RÉNON

MÉDECIN DE LA PITIÉ

Année 1904-1905

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL POIRIER

CHIRURGIEN DE LARIBOISIÈRE (*in memoriam*)

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ B. CUNEO

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

EXTERNAT

Année 1905-1906

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL BERGER

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
A L'HÔPITAL NECKER (*in memoriam*)

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MARION

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL LARIBOISIÈRE

MONSIEUR LE DOCTEUR GUIBÉ

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

Année 1906-1907

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ C. WALTHER

CHIRURGIEN DE LA PITIÉ

MONSIEUR LE DOCTEUR ROBINEAU

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

EXTERNAT

Année 1907-1908

MONSIEUR LE DOCTEUR J. BELIN

MÉDECIN DES HÔPITAUX

(*Hôtel-Dieu, annexe*)

MONSIEUR LE PROFESSEUR DE LAPERSONNE

PROFESSEUR DE CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

MONSIEUR LE DOCTEUR POULARD

OPHTALMOLOGISTE DE L'HÔPITAL BEAUJON

MONSIEUR LE DOCTEUR JOSEPH

ASSISTANT DE LA CLINIQUE D'OPHTALMOLOGIE

MONSIEUR LE DOCTEUR DE MASSARY

MÉDECIN DES HOPITAUX

(*Hôtel-Dieu, annexe*)

Année 1908

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. PINARD

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE

(Clinique Baudelocque)

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ WALLICH

ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ COUVELAIRE

ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ A. BROCA

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES

MONSIEUR LE DOCTEUR J. MOUCHOTTE

CHEF DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HUTINEL

PROFESSEUR DE CLINIQUE DE MALADIES DES ENFANTS

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ NOBÉCOURT

MÉDECIN DES HÔPITAUX

(Enfants-Malades)

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RIEFFEL
CHIRURGIEN DE L'HOPITAL TROUSSEAU
(*Ecole Pratique*)

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LAUNOIS
MÉDECIN DE L'HÔPITAL LARIBOISIÈRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GOSSET
CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BRUMPT
CHEF DES TRAVAUX DE PARASITOLOGIE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P. LECÈNE
CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ C. LENORMANT
CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

Qu'il nous soit permis de remercier ici très sincèrement :

MESSIEURS LES DOCTEURS : NATTAN-LARRIER
LARDENOIS
CAPETTE
LANDOLT

CHEFS DE CLINIQUES ET PROSECTEURS DE
LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A MONSIEUR LE MÉDECIN INSPECTEUR FEVRIER

DIRECTEUR DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE
AU MINISTÈRE DE LA GUERRE

A MONSIEUR LE MÉDECIN PRINCIPAL DE PREMIÈRE CLASSE
SCHNEIDER

MÉDECIN-CHEF A L'ÉTAT-MAJOR
DU GOUVERNEMENT MILITAIRE ET DE LA PLACE DE PARIS

A MONSIEUR LE MÉDECIN PRINCIPAL DE PREMIÈRE CLASSE
POLIN

SOUS-DIRECTEUR DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE
AU MINISTÈRE DE LA GUERRE

A MONSIEUR LE MÉDECIN MAJOR DE DEUXIÉME CLASSE
COUSERGUES

Qui ont bien voulu me donner toutes les facilités pour remplir ma mission et me permettre d'étudier l'organisation merveilleuse et le fonctionnement parfait du service de santé de l'armée française.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

TRÈS CHER ET ÉMINENT MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. PINARD

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE
A LA FACULTÉ DE PARIS
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

AVANT-PROPOS

C'est avec un sentiment profond de satisfaction et de regret que nous arrivons au terme de nos études ; avec satisfaction, car nous avons pu, grâce à la bienveillance du Gouvernement français et à la bonté de nos chers et vénérés maîtres de la Faculté de Médecine et des Hôpitaux de Paris, acquérir une somme de connaissances sérieuses qui nous permettra d'exercer consciencieusement la noble profession médicale ; avec regret, avons nous ajouté, car le terme des études est en même temps la date de notre départ ; il nous est pénible, en effet, de quitter ce beau pays de France où nous n'avons rencontré que de la sympathie et de l'amitié, de quitter surtout cet enseignement magnifique qui augmentait tous les jours notre bagage scientifique.

Avant de dire au revoir, et non adieu, à nos maîtres et à nos amis français, nous voulons leur dire, bien imparfaitement sans doute, mais leur dire cependant quelle place ils occupent dans notre souvenir et notre cœur.

Nous remercions très respectueusement M. le PROFESSEUR PINARD, qui nous a accueilli avec tant de bonté dans son service, qui nous a communiqué sa foi d'apôtre vis-à-vis des progrès de l'art obstétrical et qui nous fait aujourd'hui le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; nous l'assurons qu'il restera notre maître très aimé, et notre modèle ; nous serons heureux s'il veut bien nous compter parmi ses dévoués disciples.

M. le professeur agrégé WALTHER a été notre premier maître en chirurgie ; c'est à son excellente école que nous avons appris les notions de la propreté chirurgicale et de la petite chirurgie. Plus tard il nous a accueilli avec sa grande amabilité dans son service en qualité d'externe ; c'est à ce moment que nous avons véritablement profité de sa haute compétence de chirurgien et de son grand talent de clinicien ; le souvenir de sa grande bienveillance restera pour toujours gravé dans notre mémoire, qu'il nous soit permis de lui adresser ici l'expression de nos sentiments dévoués et affectueux.

M. le Docteur BELIN a été notre premier maître en médecine ; il nous a fait une première fois l'honneur de nous accepter comme élève dans son service de l'hôpital Beaujon, où nous nous sommes initié aux premiers éléments de la médecine ; puis une seconde fois, en qualité d'externe, dans son intéressant service de l'Hôtel-Dieu (annexe), nous avons complété, grâce à sa bienveillance toute particulière, nos connaissances en médecine, en anatomie pathologique et en travaux de laboratoire ; nous lui sommes très reconnaissant et le remercions

de tout cœur de l'intérêt qu'il continue à nous porter.

M. le professeur agrégé Cunéo a été notre premier maître en anatomie ; il nous a toujours témoigné les marques d'un intérêt tout particulier, nous le remercions bien respectueusement.

M. le Docteur Mouchotte a été à la fois pour nous un maître et un ami, un maître patient qui nous a enseigné la pratique des accouchements et un ami de tous les instants qui nous a guidé pas à pas dans le cours de nos études. Qu'il veuille bien croire à notre affectueuse gratitude, commme il croit déjà à la sincère amitié de son camarade d'études, notre père.

M. le Docteur Schneider, avec sa haute expérience des choses de Perse, nous a donné des renseignements intéressants qui nous ont servi pour ce travail ; nous le remercions vivement, ainsi que sa chère famille.

M. le Docteur Coppin et sa noble famille nous ont toujours témoigné une amitié et une affection toutes particulières ; nous leur adressons l'expression de notre affectueux dévouement.

M. Ménétrier et sa famille ont remplacé pour nous le foyer absent ; nous espérons qu'ils nous garderont toujours une bonne place dans leur amitié, de même que nous emporterons d'eux le plus affectueux souvenir.

Nous adressons nos sincères remerciements à Madame et M. le Docteur Verdin pour l'aimable accueil que nous avons toujours reçu chez eux.

M. et Madame Rouzeaud nous ont donné les preuves d'une grande amitié, nous les en remercions bien vivement.

INTRODUCTION

Les sciences médicales ont toujours été en faveur en Perse, et on peut dire que les recherches médicales ont constamment été l'objet des travaux des plus grands savants de la Perse, mais notre pays ayant vécu jusqu'à ces derniers temps à l'écart des autres nations, la science médicale n'a pas bénéficié ou peu bénéficié des immenses progrès accomplis en Europe dans ces cinquante dernières années ; cela provient surtout du fait que la Perse n'est pas reliée à l'Europe par des voies faciles de communication ; peu de médecins européens sont venus se fixer en Perse, et peu de nos compatriotes ont pu venir étudier ou perfectionner leurs connaissances en Europe ; cependant dans ces vingt dernières années, la langue française ayant pris en Perse, particulièrement à Téhéran et à Tauris, un développement considérable, les Persans se sont intéressé vivement à la lecture de la littérature médicale française et de jour en jour les étudiants persans affluent davantage dans les écoles de médecine françaises, particulièrement à Paris, Lyon et

à la Faculté de Beyrouth ; il y a dix-huit ans, notre vénéré père, le Dr Loghman-ol-Mamalek, a été un des premiers médecins venus en France pour perfectionner leurs connaissances. Élevé par lui dans l'affection pour ce pays, nous avons appris dès notre enfance la belle langue française comme une seconde langue maternelle, et tout naturellement, dès notre dix-huitième année, après avoir terminé à l'École Loghmainé nos études préparatoires, notre père nous envoya à la Faculté de Médecine de Paris, où nous venons de finir nos études.

Nous nous rendons compte combien la médecine persane, avec ses méthodes surannées, ne correspond plus aux besoins de notre époque ; d'autres ont déjà tenté avec un certain succès d'importer les méthodes nouvelles en médecine proprement dite, en chirurgie, en ophtalmologie ; la question d'hygiène publique a été également abordée, et, depuis quatre ans, le Conseil sanitaire persan a fait des efforts remarquables pour la défense sanitaire du pays contre les maladies épidémiques et contagieuses ; une question qui n'a été abordée par aucun de nos collègues, surtout par nos collègues persans, c'est la question de la femme au point de vue des affections spéciales dont elle est si souvent atteinte.

Beaucoup de traités de médecine générale, de pathologie externe, de thérapeutique, ont été traduits dans ces dernières années de la langue française en langue persane, et sont entre les mains de tous les étudiants, mais il serait impossible de trouver un seul ouvrage original ou traduit sur la gynécologie et l'accouchement. La religion musulmane a séparé la femme et l'a reléguée

dans le harem, mais elle n'a dans aucun cas prescrit d'abandonner sans soins la femme malade ; nous estimons que le médecin, considéré à bon droit, en Perse aussi bien que dans les autres pays, comme un homme de confiance, qu'on admet dans l'intimité de la famille, nous estimons donc que le médecin peut et doit éclairer ses compatriotes sur ce sujet important, regardé à tort comme une question réservée et objet d'une fausse pudeur, sinon ridicule, du moins préjudiciable à la santé de tant et tant de femmes persanes.

Nos études à la clinique Baudelocque nous ont fait comprendre à quel degré notre pays est resté en arrière, pendant que les autres nations avançaient à pas de géant dans la voie du progrès. C'est en suivant avec un profond intérêt les leçons magistrales de M. le professeur Pinard, leçons animées d'une conviction si communicative que nous nous sommes passionné nous-même pour cette question, et que l'idée nous est venue de faire notre travail inaugural sur l'accouchement en Perse, champ d'études négligé jusqu'à ce jour par nos ompatriotes.

Si notre initiative est regardée par quelques esprits arriérés comme une hardiesse, nous sommes persuadés que dans notre pays tous les hommes partisans du progrès, toutes les mères soucieuses de leur santé et de la vie de leurs enfants, nous féliciteront d'avoir proclamé la vérité et d'avoir préparé par ce modeste travail l'introduction des études gynécologiques et obstétricales en Perse.

Gynécologie et obstétrique sont deux sujets si vastes,

qu'il nous serait tout à fait impossible de les effleurer utilement.

Nous limiterons donc notre tâche :

Dans une première partie nous donnerons un aperçu de l'état actuel en Perse de l'hygiène et de l'assistance médico-obstétricale, pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches; cet aperçu sera certainement bien incomplet, car, nous l'avons dit plus haut, out ce qui se rapporte à l'accouchement se passe exclusivement dans l'enceinte de « l'enderoun » (intérieur persan), et le médecin n'intervient, pas en raison du préjugé dont nous avons déjà parlé. Nous montrerons encore comment l'enfant est soigné depuis sa naissance jusqu'au sevrage, ce qui reviendra à dire que la puériculture basée sur les principes modernes n'existe pas en Perse.

Dans la deuxième partie, nous exposerons les résultats magnifiques obtenus en France, grâce à l'impulsion donnée par Tarnier et aux méthodes préconisées par notre Maître Pinard à la Clinique Baudelocque ; ces résultats apparaîtront bien vivants en une série de tableaux statistiques; ils ne manqueront pas de frapper vivement l'esprit de nos compatriotes et les inciteront à s'associer au projet de réformes que nous exposerons dans la troisième partie de notre travail.

PREMIÈRE PARTIE

ÉTAT ACTUEL DE L'ASSISTANCE MÉDICO-OBSTÉTRICALE DE LA FEMME PERSANE ET DE SON ENFANT

CHAPITRE PREMIER

LA GROSSESSE

Il serait exagéré de dire que l'hygiène de la grossesse est absolument méconnue en Perse ; il existe certains usages transmis de génération en génération qui s'accordent assez bien avec les principes de l'hygiène moderne ; d'autre part, la femme persane mène une vie exempte de grandes fatigues et se trouve ainsi dans de bonnes conditions pour l'évolution normale de sa grossesse ; à côté de ces usages louables et de ces conditions favorables de l'existence de la femme en Perse, il existe malheureusement beaucoup de pratiques contraires à l'hygiène, que nous voulons signaler et stigmatiser avec l'espoir que notre critique ouvrira les yeux de nos compatriotes et les décidera à renoncer à une routine si dangereuse ; enfin, en cette matière, les lacunes sont

nombreuses ; il importe qu'elles soient connues et comblées. Somme toute, la femme persane, parmi les pratiques qu'elle s'impose pendant sa grossesse, ne sait pas ce qui est bon ou mauvais ; elle est dans cette ignorance parce qu'on ne lui a jamais rien dit à ce sujet ; comme je l'ai déjà montré dans mon avant-propos, les médecins n'ont pas encore osé traiter, ni par la parole, ni par le livre, cette question cependant si importante pour la propagation de l'espèce et la repopulation de la Perse ; je prendrai donc l'initiative d'exposer dans ses détails l'état actuel de l'hygiène de la femme persane pour montrer les conditions bonnes ou mauvaises et ce qui manque.

La femme du peuple en Perse, aussi bien dans les campagnes que dans les villes, ne se livre jamais à des travaux très pénibles ; la grande industrie n'ayant pas encore pénétré dans le pays, elle n'est jamais employée dans des ateliers ; elle est donc moins exposée que la femme du peuple en Europe aux avortements provoqués ou accouchements prématurés par les travaux de force ou par les intoxications de certaines industries malsaines (phosphore, tabac, etc.) Quant à la femme des classes aisées, il lui est facile de laisser évoluer sa grossesse dans une indolence propice, car elle a dans « l'enderoun » (partie de la maison réservée aux femmes) une armée de servantes qui lui évitent toute peine, tout dérangement.

Les femmes, en Perse, ignorent absolument le corset ; elles portent toujours, et particulièrement dans la grossesse, des vêtements amples, ne comprimant en rien

l'abdomen et ne nuisant pas, comme le corset, au développement régulier du fœtus ; cette pratique de porter des vêtements larges est excellente ; nous espérons que les femmes persanes continueront à ignorer le corset, cet instrument de torture imposé par la mode aux femmes d'Europe.

Une autre pratique non moins bonne est celle-ci : dès qu'une femme est manifestement enceinte le mari s'abstient de tous rapports sexuels ; n'est-il pas démontré que les coïts répétés, surtout dans les derniers mois de la grossesse, causent un véritable traumatisme, en quelque sorte un ébranlement de l'œuf humain, et déterminent souvent des avortements ou des accouchements prématurés ?

L'alcoolisme n'existe pas chez les femmes persanes.

La syphilis, qui se rencontre dans les grands centres, est inconnue dans les villages.

Les conditions que nous venons de passer en revue sont excellentes et éminemment favorables à l'évolution de la grossesse jusqu'à son terme.

Aussi est-il d'autant plus désolant et pénible de voir les produits de la conception, dont la vie intra-utérine a été complète, dont les aptitudes à la résistance vitale ultérieure étaient parfaites, être compromis au cours d'accouchements laborieux ou dystociques.

En effet, en dehors des quelques pratiques avantageuses que nous avons signalées au début de ce chapitre (pas de surmenage, pas de vêtements constricteurs, pas de traumatisme sexuel) et de quelques bonnes conditions spéciales au pays (pas d'alcoolisme, peu de syphi-

lis et de tuberculose), on peut dire que l'hygiène de la grossesse en Perse est imparfaitement connue.

Au début, quand la femme persane se suppose enceinte, si elle demande la confirmation de son état de grossesse, elle s'adresse à une « gabeleh ». Sous le nom de « gabeleh » on désigne une femme qui pratique les accouchements ; cette femme n'a fait aucune étude ; ce qu'elle sait elle l'a appris d'une autre femme aussi ignorante qu'elle ; elle acquiert par empirisme quelques vagues connaissances : par exemple, elle sait reconnaître assez exactement une grossesse et l'âge approximatif de cette grossesse par l'examen extérieur de la femme enceinte, par le volume des seins, le volume du ventre, le temps écoulé depuis la suppression des règles, les vomissements et les perversions du goût ; en somme elle a à ce sujet l'expérience de toutes les femmes qui ont eu des enfants ; elle serait incapable de diagnostiquer une grossesse extra-utérine, une grossesse fantôme, de différencier un kyste de l'ovaire ou un fibrôme volumineux d'un utérus gravide, car elle ne fait jamais d'examen gynécologique proprement dit ; elle ne pratique pas le toucher qui la renseignerait sur l'état de l'utérus et du bassin, ainsi que sur la position du fœtus.

On comprend déjà l'impossibilité pour elle d'être fixée sur l'existence d'une grossesse extra-utérine ou d'une rétroversion. On comprend également que s'il s'agit d'une grossesse ectopique la femme sera presque toujours condamnée à mort.

Les « gabeleh », comme on le voit par cet aperçu, ressemblent singulièrement à ces matrones ou « bon-

nes femmes » qui pratiquaient les accouchements en France, dans les campagnes, alors que le nombre de véritables sages-femmes était encore infime par rapport aux besoins de la population. Toutes les « gabeleh », en Perse, sont des « bonnes femmes », et parmi elles on ne trouve pas une seule sage-femme instruite.

Comme elles ignorent absolument l'asepsie et l'antisepsie, il vaut mieux qu'elles ne pratiquent pas le toucher vaginal ; les infections qu'elles causeraient par cette manœuvre auraient des suites beaucoup plus déplorables que les erreurs de diagnostic qu'elles commettent actuellement quand il s'agit de cas sortant de la normale.

L'étiologie des *vomissements graves*, qui est si bien connue depuis les travaux de notre Maître, le Professeur Pinard, est, bien entendu, ignorée des « gabeleh » ; elles croient que les vomissements sont tout simplement un effet du tempérament de la femme ou une conséquence obligée de la grossesse, tandis qu'il s'agit d'une hépato-toxémie gravidique; ces vomissements ne sont soignés que par des moyens aussi anodins qu'impuissants ; on administre à la femme des boissons acides ou vinaigrées, des citronnades, dans l'idée qu'il s'agit d'un banal état gastrique. La plupart des femmes ainsi traitées voient leurs vomissements s'aggraver, et si la « bonne nature » n'amène pas la guérison spontanée, les femmes succombent infailliblement.

Les *hémorrhagies* qui surviennent au cours de la grossesse et qui sont si souvent le prélude d'un avortement ou d'un accouchement prématuré, sont traitées

par des médications internes, telles que le perchlorure de fer, ratanhia, ergot de seigle, et en général les astringents, médication bien inutile, alors que la seule injection vaginale à 50° aurait un effet certain et immédiat; cette injection n'est jamais pratiquée.

Le *palper abdominal* qui, en France, renseigne pas à pas l'accoucheur sur les progrès d'une grossesse, n'est pas pratiqué en Perse, du moins ne l'est pas d'une façon scientifique, et par suite ne donne pas les renseignements au point de vue du diagnostic; quand la grossesse devient avancée, la « gabeleh » ne cherche, par son palper abdominal, qu'un seul renseignement : le fœtus vit-il ou non ? Cette indication lui suffit et elle n'a aucune idée de la détermination des présentations; s'agit-il d'une présentation du siège, celle-ci demeure inconnue ; jamais la version externe n'est tentée; on ignore même qu'une telle manœuvre existe! S'agit-il d'une présentation de l'épaule, il en est de même et la malheureuse femme qui entre en travail dans ces conditions est vouée à toutes les complications auxquelles étaient exposées les femmes des autres nationalités avant leur progrès obstétrical. Elles sont même plus exposées qu'ailleurs, ainsi que nous le verrons plus loin, puisque ailleurs, au cours du travail, des hommes, imparfaitement outillés, mais outillés, sont appelés à donner leurs soins, alors qu'en Perse, le médecin, même s'il a des connaissances obstétricales et l'outillage nécessaire, n'est presque jamais appelé, à moins de cas graves ou même désespérés, par suite d'une vieille tradition reposant sur un sentiment de pudeur excessive, qui empêche le méde-

cin d'intervenir pour soigner la femme, quand il s'agit d'affections des organes génitaux, alors que le médecin devrait toujours être considéré comme l'homme le plus intime de la famille, pour lequel il n'existe aucune affection secrète et aucun organe caché ; d'ailleurs la Religion Islamique considère ainsi le médecin et lui reconnaît le droit d'accès dans l'appartement des femmes au même titre que les parents les plus rapprochés. Il est donc illogique que les médecins ne soient pas appelés à intervenir.

Nous avons dit que le *toucher vaginal* était inconnu; il en résulte que les bassins modifiés par le rachitisme, et ils ne sont pas plus rares en Perse qu'ailleurs, les bassins modifiés par la coxalgie, la cyphose, la luxation congénitale des hanches, ne sont pas explorés. Existe-t-il des tumeurs fibreuses ou kystiques de l'excavation ? elles passent inaperçues, complètement ignorées.

Mais les méfaits de cette absence d'hygiène prophylactique spéciale, seraient encore relatifs, car si nombreux que soient les présentations vicieuses, les rétrécissement du bassin, il s'agit encore là de faits relativement rares; bien plus nocive et funeste est l'absence d'hygiène prophylactique de l'infection. Toutes les femmes persanes, arrivées au terme de leur grossesse, alors même que la présentation est spontanément normale, sont exposées à l'infection puerpérale, et cette infection fait de terribles ravages en Perse; nous en reparlerons au chapitre « accouchement ».

A aucun moment de sa grossesse la femme persane ne fait d'*injection vaginale*; qu'elle ait eu de l'endomé

trite, de la gonorrhée, de la leucorrhée, des pertes quelconques, de la vaginite, elle ne reçoit aucun soin spécial ; l'injection vaginale est inconnue. Elle ne pratique que des lotions extérieures ; celles-ci sont d'ailleurs obligatoires en tout temps ; elles ne sont pas employées plus fréquemment pendant la grossesse ; elles n'ont pour but que la propreté superficielle des orifices après la miction et la défécation ; elles sont au nombre des ablutions prescrites par l'Islam. Ces toilettes ne sont jamais pratiquées avec de l'eau bouillie ou renfermant un antiseptique quelconque.

Par suite de cette absence de préparation et de désinfection des voies génitales ce n'est pas seulement la femme qui est exposée à l'infection ; le nouveau-né aussi est menacé, et l'ophtalmie purulente est un des fléaux que la Perse a encore à combattre.

L'examen des urines n'est jamais pratiqué ; on ne se doute même pas que cet examen ait la moindre utilité. Aussi l'albuminurie demeure-t-elle méconnue et n'est pas traitée ; les femmes ne peuvent bénéficier de ce régime lacté, qui a fait ses preuves, comme traitement prophylactique tout puissant des accès éclamptiques. On sait, d'après les recherches de Tarnier et Pinard, d'après les trois premières observations publiées par M. Pinard dans le *Progrès médical* de 1873, que toute femme albuminurique soumise au régime lacté absolu depuis huit jours au moins est à l'abri de l'éclampsie. Il est désolant de penser qu'en Perse l'ignorance absolue de ces connaissances expose chaque année de nombreuses femmes à la mort ; lors d'une enquête que nous avons

faite à ce sujet, il y a deux ans, à Tauris, nous avons pu en effet nous rendre compte du grand nombre de victimes causées par l'éclampsie ; éclampsie qui n'avait jamais été diagnostiquée et que nous avons reconnue aux symptômes dont on nous faisait la description. Toutes ces malheureuses femmes auraient pu cependant être sauvées si les « gabeleh » avaient eu quelques connaissances de cet état pathologique, si facile à reconnaître par l'examen des urines.

Les *hémorrhagies rétro-placentaires,* comme les convulsions éclamptiques, ne peuvent être prévues, ni évitées.

Les *hémorrhagies de la grossesse,* liées à l'insertion vicieuse du placenta, ne sont pas déterminées dans leur étiologie, et ne peuvent l'être, puisque le palper scientifique et le toucher ne sont pas pratiqués. Comme nous l'avons déjà dit plus haut, ces hémorrhagies ne sont traitées que par le repos et l'adjuvant inutile d'une médication interne ; or on sait que ces sortes d'hémorrhagies sont insidieuses, se produisent aussi bien pendant le repos que l'activité et ne sont pas améliorées par les médications internes ; les applications chaudes sur la paroi abdominale, pratiquées quelquefois (sac rempli de cendres chaudes, cataplasmes chauds), sont tout aussi inutiles et ne relèvent en rien d'un traitement rationnel. Or on sait que l'insertion vicieuse non traitée est des plus graves. Simpson, en 1874, comparant la mortalité dans le choléra, la fièvre jaune et l'insertion vicieuse du placenta, écrivait : « Les femmes enceintes chez lesquelles on rencontre une telle présentation placentaire

sont soumises à un péril aussi grand par le fait de cette complication obstétricale que celui qu'elles courraient avec la fièvre jaune et le choléra. » Cette parole est encore vraie pour la Perse, par suite de l'ignorance de cette complication.

Il faudrait passer tout en revue pour être complet et prouver que l'assistance médico-obstétricale dans la grossesse est à peu près inconnue en Perse.

En effet, il faudrait énumérer beaucoup d'autres lacunes, par exemple l'ignorance de l'hydramnios, des tumeurs abdominales coexistant avec la grossesse et la compliquant, l'absence de toute prophylaxie dans les cas d'hérédo-syphilis. Nous avons suffisamment développé ce chapitre pour montrer combien il importe d'introduire et de vulgariser en Perse les connaissances élémentaires d'hygiène et d'assistance obstétricales, cette vulgarisation devant donner aux « gabeleh » les notions les plus nécessaires en attendant l'organisation d'un corps de sages-femmes dignes de ce nom.

En résumé, pendant la grossesse la femme persane n'est pas examinée scientifiquement ; le palper et le toucher, qui sont ignorés, ne lui sont pas appliqués. Donc pas de diagnostic de la présentation ni de l'engagement ; ignorance de l'insertion vicieuse du placenta ; pas de précautions pour prévenir l'infection des voies génitales ; aucun traitement préventif pour ces complications ; de plus, l'examen des urines n'étant pas fait, on ne soupçonne pas l'albuminurie et ses complications si graves, les hémorrhagies et l'éclampsie, qui menaçent à la fois la mère et le fœtus, la mère par les hémorrha-

gies rétro-placentaires, d'autant plus graves qu'elles sont souvent internes, et les accès convulsifs, le fœtus par la diminution du champ de l'hématose, qui l'expose à succomber dans l'utérus. Ces lacunes ne sont pas compensées par les conditions assez favorables de l'existence de la femme persane ; c'est dire qu'elle arrive au terme de sa grossesse et au moment du travail dans des conditions très mauvaises, avec l'aléa et l'imprévu inhérents à l'accouchement livré au hasard ; somme toute la grossesse est considérée comme un état physiologique si naturel, si banal, qu'aucune hygiène ne lui est spécialement appliquée, et la femme persane n'est pas autrement traitée que la femme des premiers âges.

CHAPITRE II

ACCOUCHEMENT

Quand la femme entre en travail ou est supposée telle par l'entourage et la famille, on appelle la « gabeleh ».

La parturiente ne subit pas de préparation spéciale ; elle se trouve naturellement dans certaines conditions assez favorables ; ainsi, par suite d'une prescription religieuse, elle s'épile à l'aide d'une pâte toute la région génitale, ce qui évitera les caillots de sang d'y adhérer pendant les couches et les suites de couches.

La femme persane porte en tout temps les cheveux nattés ; c'est un usage qui a un heureux effet au temps de l'accouchement. Le plus souvent aussi elle a pris un grand bain général. Pour compléter cette toilette il serait nécessaire de pratiquer des lotions antiseptiques sur la région vulvaire, et une injection vaginale, mais l'asepsie et l'antisepsie étant ignorées des « gabeleh », cette partie principale de la toilette n'est jamais exécutée.

La « gabeleh » ne prend aucune précaution, ni pour ses vêtements, ni pour ses mains ; nous verrons qu'elle

emploie pour couper le cordon des ciseaux quelconques ou un rasoir non désinfectés. Elle se fait assister d'un grand nombre de femmes, qui n'ont pas pris plus de précautions que l'accoucheuse elle-même, et qui par suite contribueront éventuellement à l'infection de la parturiente.

L'accoucheuse persane, en présence d'une femme qui se plaint de contractions utérines douloureuses, ne peut pas affirmer que la femme est en travail, car elle ne pratique pas le toucher qui renseigne si bien sur l'état du col et son effacement ; or l'effacement indique le début du travail. Elle pourra donc se laisser mettre en erreur par une fausse alerte, comme le cas arrive quelquefois. Elle ne pourra pas davantage diagnostiquer d'une façon précise la période du travail ; là encore le toucher lui fait défaut pour constater le degré ou l'accomplissement de la dilatation, ainsi que l'état de la poche des eaux ; pour celle-ci, elle ignorera si elle est intacte ou rompue, plate, moyenne ou volumineuse, autant de renseignements qui ont une grande importance. Elle ignore bien entendu, la situation de la tête ; il serait cependant intéressant de savoir si elle est au détroit supérieur ou dans l'excavation, quelle est sa position et sa variété de position ; cette ignorance provient encore de l'absence de toucher méthodique. Ne pratiquant pas la mensuration de l'utérus, elle ne saura pas si elle est en présence d'un gros œuf, d'un gros enfant ou d'hydramnios. Pendant cette période du travail qui coïncide avec la dilatation de l'orifice cervical, on laisse la parturiente aller et venir dans la chambre dans le but

de faire engager plus profondément la présentation et par suite de hâter la descente et l'expulsion du fœtus. Quand on juge le travail assez avancé la femme est installée comme nous allons le décrire ; le plus souvent un plateau garni de cendres (matière absorbante pour le sang et les liquides) est placé sur le sol de la chambre ; la parturiente s'accroupit au-dessus de ce plateau ; de chaque côté de la femme on a disposé des piles de briques ou bien des tabourets sur lesquels elle se hisse et où on la maintient dans la position accroupie ; en avant d'elle se place une femme de l'entourage et la parturiente appuye ses mains sur les épaules de cette femme ; quant à l'accoucheuse elle se place en arrière, guettant la sortie du fœtus.

Comme on le sait, les contractions abdominales doivent être dirigées ; la poussée intempestive peut être dangereuse ; en tout cas, elle modifie défavorablement l'évolution du travail ; elle épuise la femme sans bénéfice. Ignorant cette notion, les « gabeleh » persanes engagent leur cliente à pousser avant la dilatation complète, s'imaginant ainsi hâter et favoriser l'expulsion du fœtus ; il arrive que la femme a épuisé inutilement ses efforts et qu'au moment décisif les contractions abdominales ne sont plus suffisantes, ce qui constitue un accident de la parturition, accident qui aurait été évité si la « gabeleh » avait su diriger les contractions.

Il arrive aussi que, la dilatation étant complète, l'expulsion ne se réalise pas, parce que la poche des eaux tarde à se rompre spontanément ; il serait nécessaire dans ce cas, pour que le travail ne se prolonge pas indéfini-

ment, d'opérer artificiellement la rupture ; la « gabeleh » persane, ne pratiquant pas le toucher, ne soupçonne pas cette anomalie et n'intervient pas, au grand détriment de la parturiente, puisqu'il peut en résulter quelquefois un décollement du placenta et plus souvent une dissociation des membranes ; cette dissociation a pour fâcheux résultat que les membranes sont moins résistantes au cours de la délivrance et qu'elles seront presque sûrement retenues dans la cavité utérine.

La « gabeleh » persane joue jusque-là un rôle très passif ; nous l'avons montrée placée derrière la parturiente et guettant la sortie du fœtus ; si le travail s'effectue normalement, tout son rôle se bornera à recueillir l'enfant au moment de l'expulsion et empêcher qu'il ne tombe brutalement dans le plateau : elle ne sait pas protéger le périnée ; aussi nombreuses sont les déchirures du périnée, déchirures qui ne connaîtront jamais les bienfaits de la chirurgie réparatrice ; elle devrait aider à l'expulsion en dirigeant le dégagement du fœtus, et empêcher sa sortie brusque au moment d'une contraction, elle ne le fait pas.

La « gabeleh », qui ne sait pas ausculter le fœtus au cours de la grossesse, ne l'auscultera pas davantage pendant le travail ; elle est incapable de s'assurer s'il est vivant ou mort ; souffre-t-il ? serait-il opportun d'accélérer le travail ? elle l'ignore, et cette ignorance aura souvent des conséquences mortelles pour l'enfant.

Enfin le fœtus est expulsé ; nous dirons plus loin comment on procède pour la ligature du cordon, comment on fait la toilette de l'enfant.

Revenons à la femme. Dès que le cordon a été sectionné, on procède à une albution des régions génitales de l'accouchée ; nous disons ablution, car il ne s'agit pas d'une toilette ayant en vue la propreté chirurgicale de la région ; c'est un simple nettoyage destiné à débarrasser la femme du sang et des liquides, matières impures (au sens religieux « nedjis ») et infectes.

La « gabeleh » est toujours déroutée et désarmée devant un accident de la parturition. C'est à ce moment qu'il conviendrait d'appeler un médecin accoucheur ; malheureusement cette partie de la médecine est délaissée en Perse par les médecins. Il en résulte que la « gabeleh » continuera à intervenir ; elle était déjà incapable de diriger rationnellement un accouchement normal, comment pourra-t-elle parer aux complications qui sont dans tous les pays de la compétence presque exclusive de l'accoucheur ? On peut dire que la majorité des femmes victimes de ces complications sont appelées à succomber, sans compter que l'enfant sera toujours tué par des manœuvres maladroites et intempestives.

Si la période d'expulsion se prolonge par insuffisance des contractions, la « gabeleh » administrera à la parturiente de l'ergot de seigle, médication toujours dangereuse, car, suivant le principe de Pajot, vulgarisé par notre Maître, le Professeur Pinard, « cette substance ne doit jamais être employée, tant qu'il y a quelque chose dans la matrice, enfant ou délivre ».

Comme on le sait, toutes les fois qu'un accident menace la santé ou la vie de la mère ou de l'enfant, pen-

dant le travail, le forceps est indiqué, à la condition bien entendu que l'orifice soit dilaté et les membranes rompues, et que le bassin permette le passage de l'instrument. En Perse, le forceps n'est jamais appliqué, et la femme succombe le plus souvent à des accidents qui, en Europe, avec les méthodes modernes d'obstétrique, auraient été combattus et guéris (hémorrhagies, éclampsie, rétrécissements du bassin, mauvaise position de l'enfant, état de souffrance de l'enfant).

La version interne n'est jamais pratiquée ; il en es d'ailleurs de même de la version externe.

Enfin il n'est jamais venu à l'idée de nos compatriotes que la chirurgie pouvait jouer un rôle important en obstétrique. Dans tous les cas où une basiotripsie, une craniotomie, ou une opération césarienne auraient été nécessaires et efficaces, la mère et l'enfant sont immanquablement condamnés.

CHAPITRE III

LA DÉLIVRANCE

La femme est conduite à son lit, qui, comme tous les lits persans, se compose d'un simple matelas étendu sur le sol ; alors la « gabeleh » attend la délivrance ; c'est dans cette phase de l'accouchement que la « gabeleh » persane intervient le plus souvent d'une façon intempestive, prépare les rétentions placentaires et l'infection puerpérale.

Nous avons dit tous les inconvénients de l'absence du toucher au point de vue du diagnostic, de l'époque du travail, de la position du fœtus et de l'intervention possible, mais, dans les conditions d'ignorance actuelle de l'asepsie, ne vaut-il pas mieux que ce toucher ne soit pas pratiqué ? Ne serait-il pas à souhaiter que la même abstention, malgré beaucoup d'inconvénients, soit la règle dans la délivrance ? Les « gabeleh » persanes sont toujours pressées d'effectuer la délivrance ; aussi, avant que le délivre ne tombe de lui-même dans le vagin, elles opèrent des tractions malencontreuses sur le cordon ; ces tractions ont souvent pour résultat que le délivre n'est expulsé que d'une façon incomplète et qu'il reste dans la cavité utérine des portions de membrane, qui détermineront inévitablement des hémorrhagies secondaires, et prédisposent à l'infection puerpuérale ; enfin, chose plus grave, si malgré les trac-

tions, la délivrance ne se produit pas, la « gabeleh » introduit sa main non aseptique dans le vagin et opère la délivrance artificielle; dans ce cas, il est bien rare que la femme ne soit pas infectée de fièvre puerpérale.

La délivrance artificielle est indispensable dans les cas d'hémorrhagie par décollement incomplet du placenta ; si nous critiquons les « gabeleh » ce n'est pas parce qu'elles pratiquent la délivrance artificielle, mais parce que le plus souvent elles l'opèrent d'une façon inopportune et sans aucune préoccupation d'asepsie ni d'antisepsie. En effet, comme le disait Boër en 1817 : « Si dans un accouchement quelconque le placenta n'est pas éliminé à temps le cas est mortel 25 fois sur 27. » Le rôle est important à jouer dans la délivrance, comme le montre le tableau ci-dessous :

Tableau résumant les statistiques des différentes villes de l'Europe et montrant la fréquence des cas dans lesquels la délivrance artificielle a été indispensable.

	Nombre d'accouchements	Nombre de la délivrance artificielle	0/0
Clinique Baudelocque . . .	15.038	90	0,58
Berlin (Charité)	4.000	18	0,45
Berlin (Clinique Universelle).	3.500	30	0,86
Erlanger	1.000	5	0,50
Halle	2.050	11	0,54
Vienne	2.930	19	0,64
Heidelberg	421	3	0,71
Wurtzbourg	2.000	17	0,85
Bonn	3.630	31	0,86
Kœnigsberg	1.830	32	1,75
Griefswald.	6.800	53	0,79
Iéna	2.533	47	1,88
Bâle	4.799	136	2,83
Kharkoff	2.008	41	2,00

L'examen du délivre, qui est indispensable pour le diagnostic des rétentions de membranes ou de cotylédon placentaire, n'est jamais pratiqué ou du moins exceptionnellement pratiqué.

Après la délivrance, on procède à une nouvelle ablution avec de l'eau chaude non bouillie et l'on recouvre la région vulvaire d'une garniture de coton et de linge non aseptique.

Les accidents de la délivrance ne sont pas traités d'une manière efficace, et on emploie pour les combattre des moyens inutiles et même quelquefois dangereux.

Ainsi dans l'hémorragie compliquant la dé livrance la « gabeleh » ignore que le plus souvent cette hémorragie est occasionnée par un décollement incomplet du placenta ou par une rétention complète ou partielle des membranes ou d'un cotylédon placentaire ; elle ne fait donc rien pour extraire de la cavité utérine ce qui est resté du placenta ou des membranes ; elle se contente d'administrer à la malade des boissons astringentes ; l'injection intra-utérine à l'eau bouillie chaude à 50° n'est jamais pratiquée ; l'hémorrhagie interne est méconnue et non traitée ; aussi un nombre de femmes relativement élevé meurent-elles encore d'hémorragies de la délivrance.

La rupture du cordon, accident sans gravité en Europe, est d'un pronostic grave en Perse, puisque la « gabeleh » sera obligée d'introduire sa main non aseptique dans les voies génitales de la femme pour opérer artificiellement la délivrance.

En somme la période de délivrance, cette période si

fertile en incidents de toutes sortes, comme le dit notre Maître le Professeur Pinard, est absolument livrée au hasard et à l'empirisme.

Les hémorrhagies de la délivrance ne sont pas traitées rationnellement ; les remèdes donnés sont le plus souvent inefficaces, sans rapport avec une thérapeutique rationnelle.

Les précautions aseptiques qui ne sont pas prises, les lavages utérins non pratiqués, la main introduite dans les voies génitales sans désinfection préalable, exposent la femme à l'infection ; il en est de même de la rétenon fatale et fréquente des membranes, inhérente à l'ignorance des conditions physiologiques de la délivrance.

De fait l'infection puerpérale fait à l'heure actuelle, en Perse, des ravages considérables. IL N'Y A PAS DE FAMILLE, POUR AINSI DIRE, QUI N'AIT A DÉPLORER UN DÉCÈS DANS LES SUITES DE COUCHES.

CHAPITRE IV

SUITES DE COUCHES

Nous avons dit que l'antisepsie n'avait pas été pratiquée, ni avant ni pendant les couches ; il en sera de même pendant les suites de couches ; pour toute toilette, la femme persane ne connaîtra que les ablutions, répétées plusieurs fois par jour, avec de l'eau chaude non bouillie

Les « gabeleh » ignorent l'emploi et l'utilité du thermomètre ; elles ne savent pas palper le pouls ; il en résulte qu'elles ne peuvent prévoir l'invasion de la fièvre puerpuérale, invasion qui a été préparée par tant de fautes, tant d'omissions, et déterminée par les microbes pathogènes apportés par les mains, les vêtements de la « gabeleh » et par de trop nombreux assistants (hétéro-infection), ou par les microbes préexistant dans les organes de la femme, et qu'une asepsie prophylactique aurait éliminés (auto-infection). La fièvre puerpuérale n'est pas traitée rationnellement, ni par l'injection

vaginale et intra-utérine, ni par l'irrigation continue, ni par le curettage, ni par la sérothérapie ; le médecin, appelé quelquefois dans ces cas (et qui n'a pour se renseigner que le pouls et la langue, car on continue à lui cacher les organes génitaux), se contente de soigner cette fièvre par les médicaments antithermiques (quinine, antipyrine, antifébrine, etc.).

Nous n'avons rien de spécial à dire sur l'alimentation, qui consiste pendant les premiers jours en nourritures légères, telles que des bouillies, ou des bouillons, et la femme persane ne reprend son alimentation habituelle qu'au troisième ou quatrième jour de son accouchement.

L'usage, en Perse, oblige la femme à se lever le septième jour pour prendre un bain général et se purifier par une ablution totale ; dans certaines localités de la Perse, les femmes se lèvent même dès le troisième jour ; ce lever est trop hâtif ; en effet, au septième jour des suites de couches, et à plus forte raison au troisième jour, même quand tout s'est passé d'une façon normale, le mouvement de régression de l'utérus est à peine commencé ; sa surface utérine constitue une plaie ouverte à l'infection. Ce lever trop hâtif a aussi des conséquences éloignées ; il expose au bout de quelques mois à la sub-involution et, au bout de quelques années, à la chute de la matrice. Quoi qu'il en soit la femme se rend au bain ; les familles riches possèdent des bains particuliers où l'eau en général est assez propre ; de plus, ces bains étant dans la maison, la femme pour, s'y rendre, n'est pas exposée à la fatigue d'une longue marche ; les autres

femmes se rendent au bain public, dont l'emplacement est plus ou moins éloigné, et se baignent dans la piscine commune, dont l'eau n'est renouvelée complètement que tous les six mois ; cette eau, maintenue toujours chaude, est un véritable bouillon de culture où pullulent les germes pathogènes ; aussi n'est-il pas rare de voir une femme bien portante devenir malade par infection puerpérale après avoir pris ce bain intempestif. La femme prendra encore un bain général au quarantième, jour et se considérera alors comme complètement purifiée. Pendant, ces quarante jours, la femme, en vertu d'une prescription religieuse excellente, s'abstient de tout rapport sexuel.

En général les femmes persanes ont le retour de couches six ou sept semaines après l'accouchement, à condition, bien entendu, qu'elles n'allaitent pas ; ce retour de couches n'est pas entouré de précautions spéciales. La femme persane allaite le plus souvent son enfant elle-même ; il n'y a que dans quelques familles riches que l'on prend une nourrice mercenaire.

Les conditions du travail en Perse, l'absence de cités industrielles et usinières ont eu pour heureux résultat que la mère n'a pas encore été ravie à son enfant. C'est là un bienfait dont la Perse peut se réjouir. A ce point de vue, elle est plus avantagée que les nations européennes.

CHAPITRE V

LE NOUVEAU-NÉ

Pendant la grossesse la puériculture intra-utérine a été presque nulle ; en effet, la femme n'a pas été examinée, les urines n'ont pas été analysées, les présentations vicieuses sont restées ignorées, la prophylaxie de l'hérédo-syphilis n'a pas été faite, autant de lacunes dont les conséquences sont graves pour la viabilité de l'enfant.

Au moment du travail, à cause des dystocies fréquentes, bien des enfants meurent victimes de l'ignorance et de l'imprévoyance de la « gabeleh ».

Car l'absence de toute notion obstétricale empêche une intervention scientifique et bien conduite qui sauverait de nombreuses existences (1). L'auscultation n'est

1. « Le nouveau-né a d'autant plus de chances de devenir un être sain, vigoureux et intelligent qu'il est né à terme ». (M. Pinard). « Mener la grossesse à terme, procéder à l'accouchement sans danger pour la mère et avec le minimum de traumatisme pour l'enfant : tel doit être l'idéal de l'accoucheur ». (M. Pinard).

pas pratiquée ; on ignore la souffrance de l'enfant et on ne l'extrait pas en temps voulu. Le médecin accoucheur n'est jamais appelé pour pratiquer les opérations obstétricales qui, dans certains cas, peuvent seules déterminer l'expulsion du fœtus.

L'enfant, après avoir franchi avec succès toutes ces rudes étapes de sa vie intra-utérine, arrive à la vie extérieure. Est-il désormais à l'abri du danger provenant d'un manque d'hygiène ? Non.

La « gabeleh » ne prend pas de précautions pour préserver le nouveau-né de l'ophtalmie purulente. Elle ignore que la vaginite de la mère peut occasionner dans les yeux de l'enfant une infection grave, qui compromet sa vue dans les vingt-quatre heures, si elle n'est pas traitée énergiquement ; les yeux de l'enfant ne sont pas l'objet de soins particuliers, et nombreux sont en Perse les aveugles qui doivent leur cécité à cette impardonnable négligence (1).

La ligature du cordon est pratiquée par la sage-femme

1. Voici un tableau résumant les statistiques concernant les ophtalmies purulentes des nouveau-nés :

Baudelocque.

Ophtalmies :

1° De 1889 à 1903 inclus sur 28.804 enfants. . .	304 cas d'ophtalmies = 1,05 p. 100
2° De 1904 inclus à 1907 inclus sur 10.907 enfants .	23 cas d'ophtalmies = 0,21 p. 100

Sur les 327 cas notés, *dans un seul cas seulement un enfant eut un œil perdu*, et cela en 1889.

(Communication à l'Académie de Médecine, *Bulletin*, n° 13, 1908, M. Pinard.)

quand elle ne sent plus de battements. Elle est pratiquée avec un fil quelconque non aseptisé, le plus souvent avec un fil de soie. La ligature est faite en général à quatre travers de doigt de l'ombilic ; il arrive aussi que le cordon est sectionné d'abord et noué sur luimême au lieu d'être ligaturé par un fil. La section du cordon se fait avec des ciseaux ou bien avec un rasoir ; ces ciseaux ou ce rasoir n'ont pas été aseptisés ; au conraire, ils ont traîné le plus souvent sur le lit de l'accouchée, exposés à toutes les infections. Le pansement du cordon n'est pas aseptique, car on le recouvre d'un morceau de linge quelconque, et il en résulte des suppurations ombilicales fréquentes.

Après la ligature et la section du cordon, on lave l'enfant avec de l'eau chaude non bouillie ; on ne le baigne pas. Après quoi il est séché dans des linges chauds, habillé et déposé à côté de sa mère.

L'enfant qui naît en état de mort apparente n'est pas différencié d'un enfant mort ; on ne s'imagine pas qu'on pourrait le rappeler à la vie en pratiquant la désobstruction des voies respiratoires, puis en provoquant chez lui la respiration pulmonaire, par l'excitation cutanée et la balnéation d'abord, et ensuite, si nécessaire, par la respiration artificielle.

Nous verrons que le plus souvent la femme persane allaite elle-même son enfant ; de ce fait l'enfant va bénéficier de conditions meilleures, mais ce bénéfice est atténué considérablement par la grande fréquence des maladies infantiles contagieuses dont nous parlerons dans l'hygiène de la première enfance.

CHAPITRE VI

L'ENFANT JUSQU'A DEUX ANS

La puériculture de l'enfant est à créer en Perse ; les enfants s'élèvent pour ainsi dire tout seuls ; ce n'est pas que les parents ne soient pas attachés à leurs enfants, loin de là ; la femme persane en particulier adore son enfant, mais elle ignore les règles d'hygiène, et soigne son enfant d'après une routine que les faits condamnent, parce qu'elle est cause certainement de l'énorme mortalité infantile qui dépeuple notre pays. *La Perse n'augmente pas de population à cause de cette mortalité infantile* ; la femme persane est une excellente reprodutrice, elle ignore heureusement les méthodes malthusiennes ou néo-malthusiennes ; elle a donc de nombreux enfants ; mais cet avantage est détruit par ce fait que 50 0/0 des enfants et plus meurent dans la première enfance. Nous allons exposer comment l'enfant est élevé jusqu'à la deuxième année, en notant les inconvénients multiples des méthodes actuelles et les omissions graves au point de vue de l'hygiène. Dans

un autre chapitre nous tâcherons de montrer à nos compatriotes les réformes urgentes à faire à ce point de vue ; nous essayerons de les initier à la vraie puériculture.

Nous avons déjà dit comment le nouveau-né était exposé à l'ophtalmie purulente, faute de nettoyage des yeux au moment de la naissance ; si la mère avait de la vaginite, l'enfant n'échappera pas à l'ophtalmie, et celle-ci, considérée comme un des « bobos » inévitables de la première enfance, ne sera pas traitée par une thérapeutique efficace ; cet enfant aura à peine ouvert les yeux à la lumière, que sa vue sera perdue pour toujours ; c'est un aveugle de plus, un infirme à la charge de la famille ou de la société.

La gourme est excessivement fréquente chez les nourrissons, en Perse. On considère cet eczéma infantile comme un exutoire nécessaire, et par suite on ne le traite pas.

Le cordon ombilical est souvent le siège d'une suppuration persistante provenant de l'infection causée à la fois par le fil de ligature et par l'instrument non aseptique qui a été employé pour la section.

La layette d'un nourrisson est composée de la façon suivante : trois ou quatre pièces carrées de « kerbas » (toile grossière fabriquée dans le pays) ; entre celles-ci, on interpose un carré de « mouchema » de même dimension (le mouchema est une sorte de toile cirée imperméable) ; au-dessus, un ou plusieurs carrés de toile plus fine, le plus souvent en calicot usagé ; ces différentes pièces pliées en deux, ce qui leur donne la forme

d'un triangle, sont superposées au-dessus les unes des autres ; l'enfant est placé sur ces pièces, couché sur le dos, de telle façon que la base du triangle constituée par les plis des tissus, soit situé à deux centimètres environ au-dessous des bras ; la pointe médiane de la couche est ramenée en avant entre les jambes de l'enfant et les deux pointes latérales sont repliées successivement autour de son corps ; la partie supérieure du corps et les bras sont garantis du froid par deux chemisettes : l'une en calicot usagé, l'autre en tissu ouaté ; le tout est recouvert d'une grande pièce d'étoffe dans laquelle on emprisonnera les bras du nouveau-né jusqu'au septième jour ; enfin on maintient l'ensemble avec une bande large de deux travers de doigts et longue de quelques mètres ; cette sangle sert à saucissonner littéralement le nourisson ; sur la tête de l'enfant on place un foulard plié en deux ; la partie large enveloppe la tête et les oreilles ; les deux pointes sont rabattues sous le menton, croisées et remontées au dessus de la tête où on les fixe par un nœud ; avant de faire ce nœud on a placé sur la tête une calotte qui se trouve ainsi fixé par le foulard.

Les langes ne sont ouvertes que deux fois par vingt-quatre heures. L'enfant n'est donc pas changé après chaque émission d'urines ou de selle ; il macère pour ainsi dire dans une humidité entretenue par la toile cirée qui s'oppose à l'évaporation ; ce contact prolongé des matières et cette humidité aussi malpropre que malsaine irrite la peau, qui devient rouge et détermine des excoriations qui serviront de portes d'entrée aux infec-

tions de l'épiderme si délicat du nourrisson. Quand on change l'enfant on se contente de retirer la couche placée au-dessus de la toile cirée, qu'on remplace par un carré d'étoffe propre ; on lave l'enfant et on le saucissonne de nouveau pour une période de dix à douze heures.

Ce mode d'enveloppement est très défectueux pour deux raisons : 1° parce que la toile imperméable entretient autour du corps de l'enfant une chaleur et une humidité nuisibles ; 2° parce que le renouvellement des couches n'est pas assez fréquent.

Dans la journée l'enfant est couché dans un berceau ; mais la nuit on le fait dormir dans un lit à côté de sa mère ou de sa nourrice. Il est arrivé souvent que des mères ont ainsi étouffé leurs enfants en dormant. D'autres ont été asphyxiés ; cet accident arrive en hiver quand les lits sont installés sous le « coursi ». Le coursi est une table basse sur laquelle on étend une ou plusieurs grandes couvertures qui débordent largement sur les matelas placés tout autour. Sous la table est placé un réchaud garni de charbon de bois. L'ensemble de la table, des couvertures et du réchaud forme ce qu'on appelle le coursi. Les matelas placés autour du coursi constituent les lits sur lesquels on s'étend pour dormir ; on dort donc sous le coursi ; les grandes personnes ont le soin de garder la tête hors des couvertures ; mais un nourrisson placé à côté de sa mère peut glisser sous les couvertures ; il se trouve alors dans un air vicié par l'oxyde de carbone qui se dégage lentement du réchaud ; il ne tarde pas à suc-

comber à l'intoxication, et à son réveil la malheureuse mère ne trouve plus qu'un petit cadavre ; nous connaissons même le cas d'un enfant d'une de nos voisine, à Tauris, qui, couché à côté de sa mère, roula dans le réchaud placé au ras du sol, dans une excavation, et qui mourut brûlé sans que la mère eût compris le danger couru par son enfant.

L'enfant, souvent trop serré dans ses couches, souillé par ses déjections, incommodé par l'érythème, crie et pleure ; on essaie de le calmer en lui donnant à téter ; l'enfant ne crierait pas s'il était soumis à une hygiène normale.

La vaccination est très peu répandue en Perse ; nous dirons plus loin les ravages effrayants causés par la variole.

La circoncision est de rigueur chez les musulmans ; elle est pratiquée en général à partir du septième jour de la naissance jusqu'à l'âge de 2 ou 3 ans ; si, pour une raison ou une autre elle n'a pu être faite dans la première enfance, on la pratique entre la septième et la douzième année. Les barbiers ont le monopole de pratiquer cette opération ; nous n'avons pas besoin de dire que ces barbiers ignorent tout de l'asepsie et de l'antisepsie ; ils se servent d'instruments non aseptiques ; ils n'aseptisent pas la région à opérer ; ils pansent la plaie avec des linges le plus souvent quelconques. circoncision ne se cicatrise qu'après suppuration plus ou moins prolongée.

La circoncision peut être une excellente pratique en elle-même mais la manière de la pratiquer est défectueuse

au point de vue de la propreté chirurgicale. Il serait à souhaiter qu'on enseigne quelques principes d'asepsie aux barbiers ou bien qu'on leur interdise de circonscrire, comme on l'a fait en France pour les rabbins.

Nous avons dit que l'allaitement maternel est presque une règle en Perse (1); il y a des exceptions cependant dans la classe riche, mais cette classe étant l'infime minorité, notre proposition reste vraie ; donc le plus souvent la mère nourrit elle-même son enfant et elle le nourrit longtemps ; à moins d'une grossesse, elle allaitera son nourrisson jusqu'à deux et même trois ans ; si la femme devient enceinte, elle sèvre son enfant, car elle s'imagine que son lait n'est plus bon. Le nourrisson allaité par sa mère reçoit donc une nourriture parfaite ; les femmes persanes, sur un point, et par hasard pour ainsi dire, font de l'excellente puériculture ; souhaitons qu'elles ignorent toujours l'allaitement artificiel, et que l'allaitement par des nourrices mercenaires soit aussi de plus en plus abandonné dans la classe riche ; l'inconvénient grave, dans ce dernier cas, c'est que les nourrices sont toujours choisies à une époque rapprochée de leur accouchement (15 jours, 1 mois ; on les refuse après 3 ou 4 mois) et qu'elles abandonnent leur propre enfant pour faire leur métier de nourrice ; autre considération sérieuse, les nourrices sont engagées sans avoir été examinées par un médecin, de sorte qu'elles peuvent transmettre à leur nourrisson la syphilis ; le

1. « Toute mère non malade doit allaiter son enfant » (M. Pinard).

cas s'est présenté souvent, ou le cas inverse, la nourrice contaminée par le nourrisson. Ces négligences sont déplorables.

L'allaitement artificiel est très rare, si rare que la grande pharmacie française de Tauris (ville de 300.000 habitants) ne vend pas douze biberons par an !

Dans l'allaitement naturel la femme persane ne prend pas le soin d'espacer régulièrement les tetées ; elle donne le sein quand elle y pense ou quand l'enfant crie, dans le but de le calmer.

On donne de bonne heure, à l'enfant, du pain, du bouillon, du thé ; dans la saison des fruits on le laisse sucer des fruits, même des fruits verts, ce qui amène inévitablement des troubles gastriques et intestinaux. En somme l'enfant est mis très vite au régime de l'allaitement mixte ; il continuera à téter jusqu'à sa deuxième et même sa troisième année. L'allaitement au sein pendant une année, par exemple, ne serait-il pas préférable à cet allaitement mixte institué de trop bonne heure et prolongé trop longtemps ? La mère est souvent anémiée par cet allaitement prolongé et l'enfant ne trouve plus dans le sein maternel les matériaux suffisants pour sa nutrition.

La femme qui allaite ne suit pas de régime spécial ; elle s'abstient toutefois de mets épicés et de crudités. Grâce aux sages prescriptions du Coran elle ignore l'usage du vin et des alcools.

Soins pendant les maladies de la première enfance ou puériculture de la première enfance en Perse.

Nous n'avons pas l'intention de passer en revue toutes les maladies de la première enfance ; nous voulons simplement parler de celles qui se signalent en Perse par une mortalité plus élevée qu'en Europe, mortalité causée par des fautes ou des lacunes dans l'hygiène ou par des procédés thérapeutiques non rationnels. Ces maladies qui attirent l'attention par le tort immense qu'elles font à la conservation de l'espèce humaine en Perse, sont : la variole, la diphtérie, la rougeole, la diarrhée infantile, la coqueluche ; nous dirons aussi un mot des maladies parasitaires (muguet, teigne faveuse, vers intestinaux et bouton d'Orient).

La variole est endémique en Perse, principalement dans les grands centres ; mais elle se présente aussi sous la forme d'épidémies extrêmement meurtrières ; ces épidémies se développent très rapidement à la faveur de l'encombrement, de la misère physiologique et de toutes les mauvaises conditions hygiéniques si nombreuses en Perse ; elles s'observent surtout en hiver, où elles sont souvent plus meurtrières que la peste ou le choléra. Un exemple : un de nos amis, M. Renard, qui se rendait l'année dernière de Tauris à Téhéran, traversa Mianeh, gros bourg de 4.000 habitants situé sur la route à 130 kilomètres de Tauris ; une épidémie de variole sévissait sur le village ; en deux mois le terri-

ble fléau avait occasionné 900 décès. Cet exemple récent donne une idée des ravages effrayants causés par la variole en Perse ; la maladie frappe tout particulièrement les jeunes enfants ; la mortalité est considérable, et nombreuses sont les complications du côté des yeux; 50 0/0 des aveugles qu'on rencontre en Perse doivent leur cécité à la variole.

La variole est si répandue dans notre pays : 1° parce qu'on n'oppose aucune prophylaxie à la contagion ; 2° parce que la vaccination n'est pas pratiquée.

Les Persans n'ignorent pas que la variole est une maladie contagieuse : malgré cela ils ne pratiquent jamais l'isolement des malades ; aussi quand un cas de variole éclate dans une maison il se forme rapidement un foyer épidémique qui, après avoir contaminé toute la maison, gagne les maisons voisines et souvent tout un quartier ; les linges, objets de pansement et literie, souillés par le pus ou les croûtelles desséchées, ne subissent aucune désinfection.

Bien avant que Lady Montagne (en 1721) eût introduit la variolisation en Europe, cette pratique existait en Perse ; on pensait conjurer les risques d'une variole grave en inoculant la lymphe d'une pustule variolique choisie sur un sujet atteint d'une forme discrète de la maladie ; il en résultait habituellement une variole bénigne se traduisant par un nombre de pustules allant de 5 à 50. Ce procédé est encore employé sur une certaine échelle, surtout dans les grandes villes ; mais au lieu d'inoculer la lymphe, on prélève sur les pustules d'un varioleux des croûtelles desséchées ; ces croûtelles sont

conservées dans un papier ; au moment du besoin le barbier, qui a la spécialité de ces variolisations, broie un peu de cette croûte dans de l'eau ; sur l'avant-bras de l'enfant, à la face postérieure, vers la partie médiane, il opère avec une lancette ou un canif (jamais aseptisé) une moucheture de l'épiderme, et sur la plaie il dépose le liquide ci-dessus ; au bout de trois jours la variole apparaît, variole le plus souvent atttténuée ; mais les cas de variole confluente et mortelle ne sont pas rares. La plaie, toujours septique, causée par le grattage, se complique souvent d'abcès, lymphagite. L'individu ainsi variolisé servira souvent à varioliser à son tour d'autres individus.

On a bien essayé d'introduire la vaccination en Perse, mais la longueur du voyage et l'action prolongée de la chaleur en été font que le vaccin arrivé à destination est habituellement inerte ou donne un très faible pourcentage de succès ; il en est résulté que la vaccination à l'aide de la lymphe provenant des instituts vaccinogènes d'Europe ne s'est pas développée.

Nous espérons que l'institut vaccinogène projeté à Téhéran entrera bientôt en voie d'exécution. Le Conseil sanitaire persan a étudié complètement la question ; le matériel de l'Institut a été demandé en France par M. le médecin principal Schneider, alors président du Conseil sanitaire, et fourni très aimablement par le Ministère de la Guerre. Il y a à Téhéran un vétérinaire militaire français, M. Carré, qui a accepté de diriger l'Institut ; tout est prêt ; il ne manque plus qu'un local et un budget modeste pour l'entretien de l'établisse-

ment. M. le Dr Coppin, président actuel du Conseil sanitaire, secondé par tous ses collègues, ne manquera pas sans doute d'activer les dernières démarches ; dès que l'Institut fonctionnera la lutte contre la variole sera organisée, et dans un avenir prochain la Perse pourra être préservée contre ce terrible fléau (1).

1. Tableau indiquant la moyenne annuelle des décès par variole en Europe *pour un million d'habitants* de 1889 à 1894, et montrant les heureux résultats de la vaccination et particulièrement de la vaccination obligatoire.

Suède	1,3	vaccine obligatoire depuis 1816.
Allemagne	2,2	vaccination et revaccination obl. depuis 1874.
Irlande	2,8	vaccine obligatoire depuis 1868.
Danemark (villes) .	3,3	vaccine obligat. depuis 1871.
Suisse	7,5	vaccine obligat. dans certains centres, 1868.
Ecosse	8,9	vaccin. obligat. depuis 1864.
Angleterre	16	vaccin. obl. depuis 1867.
France (villes) . .	140	
Italie.	164	vaccin. obligat. mais insuffisamment contrôlée.
Hongrie.	175	id.
Belgique.	253	id.
Autriche.	278	id.
Espagne.	638	id.
Russie	836	id.

(In *Traité d'Hygiène* de Prouste.)

En Allemagne où la vaccination et revaccination est obligatoire, la mortalité par la variole a été de 15 en 1898 pour tout l'Empire.

Elle a été dans les villes :

De la Suisse . . .	25	fois plus considérable.
De la Belgique . .	86	—
De la France . . .	35	—
De l'Autriche . . .	121	—
De l'Italie	110	—

En 1901, dans une grande ville comme Berlin il n'y a eu qu'*un décès par variole.*

(In Langlois, *Précis d'Hygiène.*)

Il serait bon aussi de perfectionner la variolisation, si on ne peut pas extirper d'un seul coup cette méthode routinière d'immunisation.

Si dans une agglémoration éloignée de l'Institut vaccinogène une épidémie de variole venait à se déclarer on pourrait procéder à la variolisation de la façon suivante : on choisirait un sujet atteint de varioloïde ou de variole légère, mais indemne de toute autre maladie (syphilis, tuberculose, etc.). On prélèverait sur les pustules, avant la période de suppuration, la lymphe et l'épiderme desséché que l'on broierait ensemble dans un peu de glycérine. Avec une parcelle de cette émulsion on inoculerait un homme de bonne volonté, non variolisé antérieurement, et si la variole évoluait chez lui d'une façon discrète, toute la tribu serait inoculée avec le reste de la pulpe première qu'on aurait conservée à l'abri de l'air, de la lumière et de la chaleur.

Nous indiquons la variolisation parce qu'en Perse elle peut encore rendre de grands services, si on la pratique suivant la méthode prescrite et avec des instruments propres.

D'autres fièvres éruptives sévissent, particulièrement sur l'enfance : la rougeole et la scarlatine sont, comme la variole, endémiques en Perse, avec de fréquents réveils épidémiques. Le manque de prophylaxie (isolement et désinfection) est la cause de l'épidémicité ; la mortalité élevée provient de ce que ces maladies sont traitées empiriquement ou négligées, sous prétexte que ce sont des accidents inévitables dans la première enfance.

La diphtérie, comme les fièvres éruptives, se signale

par son endémicité et son épidémicité ; elle cause une grande mortalité sur les enfants du premier âge ; les petits malades n'étant pas isolés, la désinfection n'étant pas pratiquée, quand la diphtérie éclate dans une famille tous les enfants en sont atteints, et la plupart succombent, car on ignore le seul traitement rationnel, la sérothérapie. Le Conseil sanitaire persan, qui s'occupe avec dévouement de toutes les questions épidémiques, n'a pas négligé la diphtérie, ce redoutable fléau qui fauche tant de jeunes existences ; il distribue à profusion du sérum antidiphtérique, qui lui est fourni gratuitement par l'Institut Pasteur de Paris, mais rares sont les médecins qui savent manier ce précieux sérum.

La Perse est ravagée périodiquement par des épidémies de choléra ; la mortalité est toujours élevée chez les enfants du premier âge ; il semble que les petits enfants devraient être à l'abri de la contagion, puisqu'ils sont soumis, jusqu'à la deuxième année au moins, à l'allaitement maternel ; les choses se passeraient ainsi si l'alimentation était exclusivement tributaire de l'allaitement ; mais, comme nous l'avons déjà dit, on donne de bonne heure des aliments et des boissons au bébé, tout en continuant à le faire téter ; donc il boit de l'eau, et l'eau, dans les localités où sévit le choléra, est toujours contaminée ; l'enfant prend le choléra par cette eau qui n'est jamais bouillie et succombe rapidement en raison de sa faible résistance.

Cet emploi de l'eau est cause aussi que les enfants sont souvent atteints de diarrhée ; la mortalité par diarrhée infantile est élevée.

Il convient d'incriminer aussi l'eau qui infeste l'intestin des nourrissons de parasites tels que l'ascaride lombricoïde et l'oxyure mermicularis. Ce dernier nématode est surtout fréquent. Le médicament antihelmintique par excellence, la santonine, est bien connu en Perse, mais, administré maladroitement, il donne peu de résultats.

Avant de quitter les affections relevant de la parasitologie, disons un mot du bouton d'Orient ; il est endémique dans plusieurs villes de la Perse, particulièrement à Téhéran, Ispahan et Bouchir ; les petits enfants en sont très souvent atteints avant leur deuxième année : les derniers travaux sur l'étiologie de cet ulcère tendent à établir que les moustiques en sont l'agent de transmission ; il serait facile sans doute de protéger efficacement les enfants en les faisant dormir sous une moustiquaire.

La moustiquaire les protégerait aussi des piqûres des anophèles, agents transmetteurs du paludisme.

A propos de la grossesse nous avons dit que l'hérédo-syphilis n'est pas diagnostiquée ; la syphilis héréditaire, si elle se manifeste dans la première enfance, n'est pas soignée.

Un mot encore sur une intoxication fréquente chez les nourrissons ; l'opium, qu'on administre en Europe avec tant de réserve aux nourrissons, est employé à tout propos pour calmer l'enfant ; crie-t-il, pleure-t-il, a-t-il de l'insomnie, on lui donne du laudanum ou même de l'opium brut. Bien des enfants ont paru s'endormir et ne se sont jamais réveillés.

DEUXIÈME PARTIE

PROGRÉS RÉALISÉS EN FRANCE MONTRANT CE QU'IL EST POSSIBLE D'OBTENIR PAR L'ASSISTANCE OBSTÉTRICALE SCIENTIFIQUE

Dans la première partie de notre travail nous avons exposé avec sincérité l'état actuel de la Perse au point de vue de la grossesse, de l'accouchement et de la puériculture. Ce tableau n'est pas brillant, puisque tout ce qui se fait est susceptible de critiques ; le fait qui domine c'est que la femme persane n'est pas assistée scientifiquement et qu'elle court toujours un danger grave quand son accouchement ou les suites de son accouchement ne sont pas naturellement normales.

Il convient d'attribuer les progrès merveilleux de l'obstétrique en Europe à deux causes principales : 1° à l'application des méthodes aseptiques et antiseptiques ; 2° à la compétence professionnelle de plus en plus parfaite des médecins et des sages-femmes.

En Perse nos « gabelch » sont des empiriques igno-

rantes : l'asepsie et l'antisepsie n'ont pas encore été introduites dans les accouchements.

Il en résulte que la mortalité des femmes, pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches, est, en Perse, ce qu'elle était en Europe il y a environ soixante ans, quand la pratique des accouchements était abandonnée aux « bonnes femmes », et que la science était encore privée des sublimes découvertes de Pasteur.

Faire le tableau de ce qui se passait en France autrefois, c'est faire aussi le tableau de ce qui se passe aujourd'hui en Perse, et l'exposé de l'état actuel de l'osbtétrique en France sera un aperçu de ce qui se passera demain dans notre pays, si nous réussissons à y introduire la science obstétricale et les procédés si parfaits que nous avons étudiés chez notre éminent maître le professeur Pinard.

Nous allons donc voir successivement l'état dans lequel se trouvait la France au point de vue obstétrical avant les découvertes de Pasteur, et l'application de ces découvertes aux accouchements par Tarnier.

Nous montrerons ensuite combien, même depuis Tarnier, notre maître, M. le professeur Pinard, a pu développer les progrès déjà réalisés.

Nous conclurons enfin qu'avec de la persévérance, de la ténacité, de la lutte, de la grande vulgarisation, et divers autres moyens dont nous parlerons, il sera facile de faire bénéficier la Perse, en peu de temps, des avantages merveilleux obtenus en France et en particulier à Paris.

*
* *

TOXHÉMIE GRAVIDIQUE

La toxhémie gravidique peut se manifester de différentes façons :

Au début par des vomissements qui peuvent revêtir un caractère de gravité particulière, les vomissements incoercibles des anciens auteurs.

Plus tard par de l'albuminurie et des accès convulsifs.

I. — Vomissements graves.

En 1863, M. Guéniot (1) réunissait 118 cas de *vomissements dits incoercibles.*

Soixante-douze fois la maladie s'était terminée par la guérison;

Quarante-six fois par la mort ;

Ce qui nous donne une mortalité globale par vomissement considérable.

Quarante-six fois sur soixante-douze, soit : 63 0/0.

Trente-deux fois on intervint avec onze morts ; donc mortalité opératoire de 34 0/0.

Ce qui tient à ce que l'*indication opératoire* était encore mal précisée et que bien des fois elle était trop tardive.

A la Clinique Baudelocque, où l'on obéit à une indi-

1. *Thèse d'agrégation*, Paris, 1863.

cation précise : interruption de la grossesse quand le pouls s'élève et se maintient au-dessus de 100, on intervient toujours à temps. Aussi comprend-on l'excellence des résultats obtenus.

Très nombreux ont été les cas de vomissements graves observés à Baudelocque et traités par la diète hydrique ou le régime lacté absolu.

Presque toujours ce traitement a suffi. Les femmes ont guéri, et l'évolution de la grossesse a continué jusqu'à son terme, ce qui montre l'excellence de la thérapeutique instituée. Du lait, de l'eau, par petites quantités et fréquemment ; pas de médicament ; faire fonctionner les émonctoires. Voilà ce qui a donné à notre maître de si excellents résultats.

Onze fois seulement, de 1890 à 1907 inclus, cette thérapeutique fut insuffisante et on dut recourir, en se basant sur l'accélération du pouls, à l'interruption de la grossesse.

Soit 11 fois sur 42.494 femmes venues pour accoucher.

Eh bien, sur ces 11 cas *très graves* :

Il y eut 1 seul décès, soit. 9 0/0

En résumé, une bonne thérapeutique appliquée en temps opportun a *presque complètement triomphé des vomissements graves dits incoercibles.*

Vomissements graves ayant nécessité l'intervention :

Année 1863 (thèse de Guéniot), mortalité opératoire : 34 0 0.

Clinique Baudelocque (1890-1907), mortalité opératoire : 9 0/0.

II. — Accès convulsifs dits éclamptiques.

Cette forme de toxhémie gravidique peut encore être bien combattue et atténuée dans ses dangers.

On sait, depuis les premières observations publiées par M. Pinard, en 1873, dans le *Progrès Médical*, observations recueillies par lui dans le service de M. Tarnier, que toute femme albuminurique soumise au régime lacté absolu, pendant au moins huit jours, sera à l'abri de cette redoutable complication de l'éclampsie puerpérale.

Nous allons voir combien, depuis que l'on connaît cette thérapeutique, et surtout depuis que les femmes ont pris l'habitude de faire examiner leurs urines au cours de la grossesse, la fréquence des accès convulsifs dits éclamptiques a diminué.

De 1834 à 1871, alors que le régime lacté n'était pas institué comme traitement prophylactique de l'éclampsie, alors aussi que les femmes ne faisaient pas examiner leurs urines au cours de la grossesse, on comptait de nombreux cas d'éclampsie.

C'est ainsi que de 1834 à 1871, à la clinique d'accouchement (in Tarnier et Budin), on compte :

113 cas d'éclampsie sur 40.280 accouchements, soit 0,43 0/0

A la clinique Baudelocque, dans une première période de 1889 à 1896 inclus :

Sur 13.244 accouchements : 41 cas, soit 0,39 0/0.

Mais à partir de 1897, date de l'installation de la con-

sultation permanente pour femmes enceintes, la proportion diminue notablement, les femmes venant consulter et faire examiner leurs urines.

Pendant cette période de 1897 à 1907 inclus, sur 30.353 accouchements, on compte 68 cas d'éclampsie c'est-à-dire seulement 0,29 0/0.

Clinique d'accouchements :

1834-1871. . . . . 0,43 0/0.

Clinique Baudelocque(1) :

1er 1889-1897. . . . . 0,39 0/0.
2e 1897-1907. . . . . 0,29 0/0.

C'est à la consultation permanente des femmes enceintes, installée à Baudelocque par le professeur Pinard, qu'est due l'amélioration considérable de ces dix dernières années.

Nous verrons plus loin l'importance de ces consultations et la nécessité qu'il y a d'en créer.

La preuve en est donnée par le tableau suivant :

1. In *Bulletin de l'Académie de Médecine*, n° 13, 1908.

Tableau des femmes albuminuriques traitées à la consultation de la Clinique Baudelocque.

ANNÉES	Nombre de consultantes	Nombre d'albuminuriques	Albuminuriques traitées ayant accouché à la Clinique Baudelocque	Nombre d'éclampsie
1900	6.092	324	132	0
1901	6.571	459	147	0
1902	6.727	308	111	1
1903	7.658	301	129	0
1904	7.380	232	101	0
Total :	34.428	1.624	620	1

Pourcentage = 0,16 0/0

C'est à cette consultation également que l'on doit la diminution des *présentations vicieuses*.

PRÉSENTATIONS VICIEUSES

Les présentations vicieuses, grâce aux soins dont sont entourées les femmes grosses, deviennent de plus en plus rares. L'éducation obstétricale de la femme française se fait de plus en plus. Elle prend l'habitude de consulter dans les derniers mois de la grossesse.

Les présentations vicieuses sont alors transformées par version externe en bonnes présentations, favorables à l'accouchement.

Il est un fait reconnu, c'est qu'aujourd'hui les présentations de l'épaule, si graves au cours du travail, nécessitant une intervention, pouvant en déterminer d'autres par la rupture utérine, sont devenues exceptionnelles.

Les tableaux suivants, empruntés à la thèse de M. Blain (2) et concernant différentes maternités parisiennes, le montrent :

1. « De la surveillance et de l'assistance médicale de la femme enceinte, dans les villes et dans les villages », *Thèse de Paris*, 1906.

Tableau des présentations de l'épaule à l'Hôtel-Dieu, depuis 1897.

ANNÉES	Nombre d'accouchements	Nombre des présentations de l'épaule
1897	1.441	7
1898	1.578	5
1899	1.425	6
1900	1.353	4
1901	1.492	5
1902	1.540	5
1903	1.535	10
1904	1.486	3
Total :	11.850	45

Pourcentage = 0,38

Tableau des présentations de l'épaule à la Pitié, depuis 1897.

ANNÉES	Nombre d'accouchements	Nombre des présentations de l'épaule
1898		3
1899		1
1900		2
1901	2.947	1
1902		3
1903		0
1904		4
1905 (jusqu'au 1er juillet)	1.351	1
Total :	4.298	15

Pourcentage = 0,34 0/0

Tableau des présentations de l'épaule à la Maternité, depuis 1897.

ANNÉES	Nombre d'accouchements	Nombre des présentations de l'épaule
1897	3.848	27
1898	3.960	28
1899	4.280	24
1900	4.796	28
1901	5.165	23
1902	5.296	32
1903	5.333	27
1904	5.856	30
Total :	38.534	219

Pourcentage = 0,56 0/0

Tableau des présentations de l'épaule à la Clinique Tarnier, depuis 1898.

ANNÉES	Nombre d'accouchements	Nombre des présentations de l'épaule
1898	1.535	10
1899	1.763	4
1900	1.779	12
1901	1.906	5
1902	1.606	6
1903	1.729	13
1904	1.908	9
Total :	12.226	59

Pourcentage = 0,48 0/0

Tableau des présentations de l'épaule à Saint-Antoine, depuis 1897.

ANNÉES	Nombre d'accouchements	Nombre de présentations de l'épaule
1897	1.560	12
1898	1.873	19
1899	1.976	7
1900	2.250	17
1901	2.398	18
1902	2.290	22
1903	2.388	22
1904	2.319	14
Total :	17.054	131

Pourcentage = 0,76 0/0

Même dans une seule clinique, à Baudelocque, on a pu assister, depuis 1897, à une diminution encore plus grande de ces présentations, c'est qu'à partir de cette date a été installée la consultation permanente à laquelle nous faisions allusion plus haut.

Voici ces tableaux :

Tableau des présentations de l'épaule à la Clinique Baudelocque, avant 1897.

ANNÉES	Nombre d'accouchements	Nombre des présentations de l'épaule
1890	1.244	12
1891	1.654	3
1892	1.834	10
1893	1.920	3
1894	2.139	7
1895	2.080	18
1896	2.270	6
Total :	13.141	59

Pourcentage = 0,44 0/0

Tableau des présentations de l'épaule à la Clinique Baudelocque, depuis 1897.

ANNÉES	Nombre d'accouchements	Nombre des présentations de l'épaule
1897	2.314	7
1898	2.305	5
1899	2.633	6
1900	2.830	5
1901	2.776	8
1902	2.667	3
1903	2 794	5
1904	2.778	4
Total :	21.097	43

Pourcentage = 0,20 0/0, au lieu de 0,44

Voici maintenant le tableau global des présentations de l'épaule :

Tableau global des présentations de l'épaule survenue dans différentes Maternités de Paris, depuis 1897.

HOPITAUX	Accouchements	Présentations de l'épaule	Pourcentage
Clinique Baudelocque .	21.097	43	0,20
Pitié	4.298	15	0,34
Hôtel-Dieu.	11.850	45	0,38
Clinique Tarnier . . .	12.226	59	0,48
Maternité	38.538	219	0,56
Saint-Antoine	17.054	131	0,76

Nous sommes loin de ces présentations de l'épaule si fréquemment observées dans les maternités autrefois. Même les présentations du siège deviennent de plus en rares. Elles comportent un pronostic fœtal sérieux, comme le dit notre maître M. le professeur Pinard : « Dans une présentation du siège, quelle que soit l'habileté de l'accoucheur, il ne peut jamais répondre d'extraire l'enfant vivant. »

Cette présentation diminue comme les présentations de l'épaule. Et elles disparaîtraient presque complètement (mis à part quelques cas de malformations utérines) le jour où les femmes se feraient examiner systématiquement à partir du septième mois de leur grossesse.

Déjà, nous le répétons, dans des grandes maternités parisiennes, et particulièrement à la Clinique Baudelocque, où de nombreuses versions externes sont prati-

quées à la fin de la grossesse, les présentations du siège sont beaucoup moins fréquemment observées, et bien des élèves stagiaires se déclarent peu favorisés de ne pas assister, comme par le passé, à plusieurs expulsions ou extractions d'enfants en présentation du siège.

HÉMORRHAGIES

Le pronostic des hémorrhagies gravidiques a été considérablement amélioré.

Autrefois ce pronostic était grave. On se rappelle que Simpson comparait le pronostic de l'hémorrhagie par insertion vicieuse à celui du choléra ou de la fièvre jaune. Cette gravité tenait à ce que, d'une part, on ne savait pas lutter contre l'hémorrhagie, et que, d'autre part, ne faisant pas d'antisepsie ou d'asepsie, on infectait des femmes dont la résistance organique était affaiblie par la perte de sang. Et si l'on réussissait à sauver la femme de la mort par hémorrhagie, on la condamnait à mort pour quelques jours plus tard par l'infection qu'on lui inoculait.

Aujourd'hui on peut dire, étant donné les méthodes rationnelles employées pour combattre les hémorrhagies, qu'on ne voit plus mourir de femmes par hémorrhagie, quand-celle ci est assistée.

Mais rendons-nous compte des progrès accomplis et dus à des méthodes rationnelles d'une part, à l'asepsie des accoucheurs et des sages-femmes d'autre part.

A. — Hémorrhagies liées a l'insertion vicieuse du placenta.

Statistique de Braxton-Hicks :

	Mortalité maternelle. .	10 0/0
—	de Schroeder (1882) . . .	37,5 0/0
—	de Lœhner (1884). . . .	6,8 0/0

Voilà pour la mortalité maternelle. Pour la mortalité fœtale la plupart des statistiques donnent 75 0/0. Une des meilleures, celle de Lœhner, donne une mortalité fœtale expurgée de 50 0/0, par la méthode de Braxton-Hicks.

Depuis que l'on a renoncé au tamponnement et eu recours à la méthode du professeur Pinard (déchirure large des membranes, et au besoin application du ballon de Champetier de Ribes) la situation a bien changé.

De 1889 à 1895, M. Pinard observa dans son service 169 femmes ayant des hémorrhagies liées à l'insertion vicieuse du placenta ; 65 ont présenté des hémorrhagies sérieuses pendant le travail, et 37 des hémorrhagies assez graves pour nécessiter une intervention ; sur ces 37 femmes 4 sont mortes. De telle sorte que la mortalité maternelle brute, sur 39 + 37 = 76 femmes, est de 6 décès, soit 78 0/0 ; mais sur les 4 dernières femmes mortes, 3 doivent être éliminées de la statistique, ayant été apportées mourantes dans le service, de telle sorte que la mortalité expurgée est de 3 mortes sur 73 femmes, soit 4,1 0/0.

Pour la mortalité fœtale, la méthode de M. Pinard

donne 40,5 0/0 de mortalité fœtale brute et 31,7 0/0 de mortalité fœtale expurgée.

De 1900 à 1906 inclusivement, sur 66 femmes traitées, à la Clinique Baudelocque pour hémorrhagies graves liées à l'insertion vicieuse du placenta, 3 femmes seulement sont mortes, soit 4,5 0/0 ; mais l'une de ces femmes ne devrait pas être comptée au passif de la clinique, où elle a été amenée mourante.

En réalité, sur 65 femmes soignées à la Clinique pour hémorrhagies graves et par la méthode de M. Pinard, 2 femmes sont mortes, soit 3,2 0/0.

B. — Hémorrhagies de la délivrance.

Aujourd'hui une femme surveillée et assistée ne doit plus mourir d'hémorrhagie de la délivrance. La délivrance artificielle, faite en temps opportun, avec toutes les garanties d'asepsie voulues, doit presque constamment sauver la parturiente.

Là surtout on peut se rendre compte du progrès effectué par suite de l'application des méthodes aseptiques.

Dans une statistique publiée en 1827 par Riecke et Blumhardt à Stuttgard, sur 508 délivrances artificielles 62 malades moururent, soit 12 0/0.

Comparons avec la statistique dressée par Brosset à la Clinique Baudelocque de 1889 à 1898 : 2 décès sur 115 femmes. Encore ces 2 femmes étaient-elles malades au moment de l'accouchement ! soit donc 1,7 0/0.

1827. (Riecke.) Mortalité et délivrance artificielle. 12 0/0
1898. Clinique Baudelocque. 1,7 0/0

L'INFECTION PUERPÉRALE

C'est en matière d'infection puerpérale que les progrès de l'obstétricie ont surtout été considérables en France ; ces progrès ont été énormes, prodigieux.

Jusqu'au dernier tiers du XIX[e] siècle, en France, les femmes mouraient décimées par la fièvre puerpérale. Les travaux de Pasteur, leur application par Tarnier à la pratique des accouchements, devait faire disparaître rapidement les terribles *appréhensions* que laissait à toutes les malheureuses mères l'aléa de leur délivrance.

Pour connaître les progrès réalisés et savoir l'étendue de la diminution de l'infection il faut lire les chiffres établis par Tarnier dans son beau livre sur « l'asepsie et l'antisepsie » (1).

Ces |chiffres concernent la statistique de la *Maternité de Paris*.

1. Nous extrayons du livre de M. Tarnier les documents suivants, pour montrer les chiffres de la mortalité maternelle de 1802 à 1862.

En 1862, Husson, directeur de l'Assistance publique, publia

Or avant l'application à l'art des accouchements des mesures prophylactiques de l'infection, *de* 1858 *à* 1869, la mortalité est de 9,31 0/0. C'est la période d'inaction et d'expectation.

Mais, à partir de 1870, Tarnier, devenu accoucheur en chef de la Maternité, entreprend la lutte contre l'infection. Dans une première période, période de lutte con-

le relevé de la mortalité des femmes en couches dans tous les hôpitaux, depuis le commencement du siècle.

Voici d'abord le *tableau de la Maternité :* du 1er janvier 1802 au 31 décembre 1861.

PÉRIODE DÉCENNALE	Nombre des accouchements	Décès	Mortalité 0/0
De 1802 à 1809	15.307	610	3,92 0/0
» 1810 à 1819	23.484	1.114	4,74 »
» 1820 à 1829	25.895	1.293	4,99 »
» 1830 à 1839	26.538	1.125	4,23 »
» 1840 à 1849	34.776	1.458	4,19 »
» 1850 à 1859	24.944	1.298	5,20 »
» 1860 à 1861	4.161	475	11,41 »
Total :	155.105	7.373	4,75 0/0

Tableau des autres Hôpitaux.

	Accouchements	Décès	Mortalité 0/0
De 1802 à 1862 : Hôtel-Dieu...	22.363	721	3,22
» 1808 à 1862 : Saint-Louis...	15.719	628	3,98
» 1811 à 1862 : Saint-Antoine.	3.979	278	6,98
» 1835 à 1862 : Les Cliniques.	21.957	1.002	4,56
» 1854 à 1862 : Lariboisière...	5.022	395	7,86

tre la contagion, il ISOLE complètement toutes les infectées, et la mortalité descend à 2,32 0/0.

De 1870 à 1880 (isolement), mortalité : 2,32 0/0 ; mais à partir de 1881 il fait plus encore, il applique les principe pasteuriens à la lutte contre l'infection ; c'est la période d'antisepsie, 1881 à 1889, et la mortalité maternelle tombe à 1,05 0/0.

Le progrès est infini. Ces merveilleux résultats devaient être dépassés encore par une prophylaxie plus sévère, par des mesures préventives plus exagérées, par une hygiène mieux comprise.

A la Clinique Baudelocque, dans le service de notre éminent maître, M. le professeur Pinard, la mortalité par infection, de 0,42 en 1893, est descendue jusqu'à 0,03 en 1907.

Du reste voici le tableau de la mortalité par infection à la Clinique Baudelocque de 1889 à 1907.

Clinique Baudelocque (1)

ANNÉES	Nombre d'accouchements	Mortalité totale	0/0	Mortalité par infection	0/0
1889	106	1	1,06	»	»
1890	1.244	9	0,72	4	0,32
1891	1.654	20	1,20	6	0,36
1892	1.834	8	0,49	5	0,27
1893	1.920	14	0,72	8	0,42
1894	2.139	9	0,42	4	0,18
1895	2.077	12	0,57	5	0,24
1896	2.270	12	0,52	5	0,22
1897	2.314	11	0,47	5	0,21
1898	2.305	24	1,04	6	0,26
1899	2.633	11	0,43	5	0,19
1900	2.830	9	0,39	4	0,17
1901	2.776	15	0,67	5	0,22
1902	2.667	7	0,34	4	0,19
1903	2.794	4	0,14	1	0,03
1904	2.778	6	0,21	2	0,07
1905	3.058	11	0,37	4	0,13
1906	3.164	13	0,41	7	0,22
1907	3.034	1	0,03	1	0,03

Soit donc 81 femmes mortes d'infection sur 43.597 femmes

Ce qui donne une mortalité par infection, pour la période de 1889 à 1907, de 0,18 0/0.

Rapprochons ces périodes, elles se suivent, et constatons encore ce progrès continu :

1. « A propos du fonctionnement de la Clinique Baudelocque » : Communication de M. Pinard à l'Académie de Médecine, séance du 31 mars 1908 (*Bulletin*, n° 13).

			Mortalité maternelle
Maternité	1858-1869		9.31 0/0
	1870-1880	M. Tarnier	2.32 0/0
	1881-1889	M. Tarnier	1.05 0/0
Clinique Baudelocque	1889-1897	M. Pinard	0.26 0/0
	1898-1907	M. Pinard	0.13 0/0

L'année 1907 a été exceptionnellement heureuse, comme en témoigne le tableau ci-dessous :

Bilan de l'année 1907.

Nombre d'accouchements: 3.034. Mortalité totale: 1 = 0,03 0/0

Interventions principales pendant l'année 1907.

Applications de forceps	55
Basiotripsies	9
Embryotomies	2
Craniotomies	4
Opérations césariennes conservatrices	10
Opérations de Porro	6
Symphyséotomies	2
Laparotomies pour grossesse extra-utérine	4
Laparotomies pour kystes de l'ovaire et grossesse	2
Curages digitaux	20
Curettages instrumentaux	2
Versions internes	6
Délivrances artificielles	69
Applications de ballons Champetier de Ribes	16
Nombre total	187

Ces chiffres se passent de commentaires. Ils montrent ce qu'il est possible d'obtenir avec une réelle assistance scientifique.

Si nous nous reportons à ce que nous avons dit concernant la mortalité par infection dans notre pays, mortalité qui est celle de la France avant les travaux de Tarnier, c'est-à-dire avant 1870, on voit la tâche énorme à accomplir et le bien dont on peut faire bénéficier la Perse.

La besogne sera plus facile puisqu'il n'y aura pas à lutter contre un ennemi inconnu, puisqu'il n'y aura pas à lutter pour trouver, mais seulement à lutter pour mettre en pratique des principes scientifiques aujourd'hui indiscutables et indiscutés.

DYSTOCIE

Quant aux progrès réalisés dans le traitement et le pronostic de la dystocie osseuse, ils sont très grands. Ici les statistiques anciennes à citer pour montrer la mortalité maternelle et fœtale abondent. Nous nous contenterons de montrer les progrès récents et continus de ces dernières années, en mettant sous les yeux le tableau des opérations faites à la Clinique Baudelocque pour dystocies.

Interventions pratiquées pour viciation pelvienne à la Clinique Baudelocque de 1890 à 1907 (1).

ANNÉES	Nombre total d'accouchements	Nombre des interventions pour viciation pelvienne	Pourcentage	Accouchements provoqués	Forceps	Versions internes	Symphyséotomie	Ischio-pubiotomie	Levier préhenseur	Opérations de Porro	Césariennes conservatrices	Hystérectomie totale	Embryotomie
1890	1.244	60	4.82	31	23	3	»	»	»	»	»	»	3
1891	1.654	58	3.50	33	21	»	»	»	»	»	2	»	2
1892	1.834	48	2.61	8	20	»	13	1	»	»	»	»	6
1893	1.920	30	1.56	»	14	»	14	»	»	1	»	»	1
1894	2.139	29	1.35	»	»	»	21	»	»	1	»	»	7
1895	2.080	34	1.63	»	5	3	21	»	1	1	»	»	3
1896	2.270	24	1.05	»	5	»	13	»	»	2	»	»	4
1897	2.314	19	0.82	»	2	1	7	»	»	1	»	1	7
1898	2.305	27	1.17	»	10	4	8	»	»	»	»	2	3
1899	2.633	22	0.83	»	12	1	8	»	»	1	»	»	»
1900	2.830	19	0.67	»	5	»	8	»	»	1	»	»	5
1901	2.776	20	0.72	»	4	»	8	»	»	2	1	»	5
1902	2.667	8	0.37	»	4	»	2	»	»	»	1	»	1
1903	2.794	14	0.50	»	5	»	5	»	»	»	2	»	2
1904	2.778	19	0.68	1	6	1	5	»	»	»	2	»	4
1905	3.058	18	0.60	»	4	»	2	»	»	6	1	»	5
1906	3.161	18	0.56	»	3	»	4	»	»	3	3	1	4
1907 1er semestre	1.500	15	1	»	2	»	1	»	»	1	6	»	5
Totaux pour 17 ans 1/2.	41.957	482	»	73	145	13	140	1	1	20	18	4	67

1. Voir *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, septembre 1907, Thérapeutique de la dystocie causée par viciation pelvienne à la Clinique Baudelocque (1889-1907) par M. Pinard.

Résultats des accouchements et des interventions dans les bassins rétrécis.

ACCOUCHEMENTS	FEMMES		ENFANTS		
	Vivantes	Mortes	Vivants	Morts pendant le travail	Morts après naissance
Accouchements spontanés (sommets, sièges, faces).	1.171	4	1.127	22	26
Accouchements provoqués (spontanés, versions, forceps, basiotripsies) . .	71	2	42	15	17
Forceps	127	3	98	18	14
Levier	1	»	1	»	»
Version interne. . . .	13	»	8	3	2
Symphyséotomie . . .	124	16	120	»	20
Ischio-pubiotomie . . .	1	»	1	»	»
Opérations césariennes .	16	2	17	»	1
Opérations de Porro . .	18	2	18	1	1
Hystérectomie totale . .	1	3	2	2	»
Embryotom.rachidiennes.	4	»	»	4	»
Basiotripsies.	54	2	»	56	»
Total	1.601	34	1.434	121	81
Total général. . .	1.635		1.636 (1)		

1. *Une grossesse gémellaire.*

CONCLUSIONS

CE QU'IL FAUT FAIRE EN PERSE

Nous avons vu l'énormité de la lacune à combler. Nous ne pouvons ici entrer dans les détails et dire ce qu'il faut faire dans tel ou tel cas particulier. Nous ne voulons que tracer le programme de la tâche à accomplir :

1° FONDER UNE ÉCOLE DE SAGES-FEMMES. — Cette création s'impose, étant donné que, pendant longtemps encore les *femmes persanes seront accouchées par des femmes* et que celles-ci devront être non des « gabeleh » mais des accoucheuses présentant les mêmes garanties et la même compétence professionnelle que les sages-femmes européennes.

L'ÉTAT, à notre avis, doit prendre l'initiative de cette fondation, car il s'agit d'un intérêt public et national

de premier ordre. L'avenir de l'espèce, qui préoccupe tant les autres nationalités, ne doit pas laisser le Gouvernement persan dans l'indifférence. Ce qui se fait ailleurs doit se faire chez nous avec d'autant plus d'urgence que le retard y est complet et l'effort tenté jusqu'ici tout à fait nul. Il sera facile à l'État, avec le concours des municipalités, de créer des *maternités* dans les grandes villes, telles que Téhéran, Tauris, Ispahan, Chiraz, etc., des maternités qui seront des écoles régionales de sages-femmes.

Nous sommes convaincu que, dès leur ouverture, les maternités seront accueillies avec enthousiasme par toute la population; en effet, combien de femmes musulmanes, juives ou arméniennes déshéritées, qui seraient heureuses de bénéficier d'une assistance médicale et sociale au moment de leur accouchement, et qui serviraient, comme dans les maternités européennes, à l'éducation des sages-femmes!

2° Se servir de ces sages-femmes comme d'auxiliaires pour vaincre les résistances. Faire l'éducation des familles, c'est-à-dire les convaincre de la nécessité de *faire intervenir le médecin* dans les cas dystociques. On les convaincra facilement en leur montrant d'une part les cas si fréquents de complications et de mort quand l'assistance obstétricale fait défaut, et d'autre part les cas heureux obtenus par l'intervention opportune d'un personnel compétent. Répandre cette opposition, la mettre constamment en relief, la vulgariser par tous les moyens possibles. Faire en somme, en Perse, pour

la diffusion du progrès, ce que fait M. le professeur Pinard en France, exemple vivant que nous avons eu plusieurs années sous les yeux. M. le professeur Pinard lutte sans cesse pour imposer ses idées ; il entraîne la conviction de nombreux élèves renouvelés chaque année ; il prend la parole dans tous les milieux et groupements (professeurs, étudiants, groupements universitaires, instituteurs et institutrices, ouvriers, universités populaires, œuvres charitables, œuvres mondaines). Cet exemple montre que, quelle que soit la résistance à vaincre, on finit par l'emporter pourvu que l'on *persévère.* Cette éducation peut et doit se faire ; une génération doit suffire.

3° Préparer les médecins a être a la hauteur de leur tache.

a) *Tout d'abord en les envoyant dans les maternités européennes* et particulièrement en *France,* puisque la plupart des médecins persans ont déjà fait leurs études en français et à l'aide d'auteurs français ;

b) *En créant* à l'École de médecine de Téhéran l'enseignement théorique de l'obstétrique et les travaux pratiques sur le mannequin ;

c) *En ouvrant aux étudiants* en médecine préparés par cet enseignement les portes des maternités à créer.

a) *C'est alors* que les progrès se feront rapides, que la Perse pourra, profitant des acquisitions scientifiques

de l'étranger, faire une évolution prompte et se mettre au niveau des autres nations.

b) *C'est alors* que l'on pourra *mettre en pratique l'hygiène de la grossesse :*

Faire la prophylaxie des auto-intoxications gravidiques (vomissements graves, albuminurie compliquée des accès convulsifs et des hémorrhagies rétro-placentaires) ;

Faire la prophylaxie des présentations vicieuses par l'examen de la femme au septième mois de la grossesse et par la pratique de la version externe;

Faire la prophylaxie de l'infection puerpérale et de l'ophtalmie par la désinfection des voies génitales ;

Faire la prophylaxie des hémorrhagies ayant pour origine les insertions vicieuses du placenta ou l'endométrite ;

c) *C'est alors* que l'on pourra mettre en pratique *l'assistance médicale scientifique de la femme en travail :*

Intervenir (manuellement ou instrumentalement) à temps, en obéissant à des indications précises et sauver ainsi bien des mères et bien des enfants ;

Surveiller attentivement la *délivrance* et mettre la femme à l'abri de la mort par hémorrhagie ou ultérieurement par infection.

C'est alors que l'on pourra assurer aux *accouchées* des *suites de couches physiologiques,* ce qui leur permettra de se consacrer utilement, et suivant les indications générales que nous avons données, à l'*élevage de leurs enfants.*

Espérons que pour la Perse, notre chère patrie, viendra aussi un jour où l'on pourra s'honorer de citer une statistique aussi belle que celle rapportée par notre maître, le professeur Pinard, à l'Académie de Médecine en 1908 :

Statistique de la Clinique Baudelocque.

ANNÉE	Nombre d'accouchées	Mortalité totale	0/0	Mortalité par infection	0/0
1907	3.034	1	0,03	1	0,03

Vu : le Président de la thèse.
PINARD

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie
L. LIARD

TABLE DES MATIERES

Impr. des Facultés, A. MICHALON, 10, rue de Vaugirard, Paris

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE